Rok XLI. Kraków, 2 Sierpnia 1902. Nr. 31.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z uniwersyteckiej kliniki chirurgicznej profesora Kadera w Krakowie.

Cztery przypadki niedrożności jelit.

Podał
Doc. Dr. Chlumský,
I. asystent kliniki.

Powołując się na moją publikacyę w „Wien. klin. Rundschau“ 1901, Nr. 33 p. t. „Dwa przypadki skrętu osiowego kiszki ślepej“ i na pracę Preindelsbergera w „Wien. klin. Wochenschrift“ 1899 Nr. 3, 1901 Nr. 5 i Nr. 45, mam zamiar opisać trzy nowe przypadki skrętu osiowego jelit, które w przeciągu zaledwie jednego roku operowałem, a które nadto odznaczają się kilku zajmującymi szczegółami.

W przypadku pierwszym chodziło o 54 letniego mężczyznę (M. G.), pochodzącego z rodziny zdrowej, który dotąd nigdy prawie nie chorował. Na cztery dni przed wstąpieniem do kliniki zachorował nagle w rannej porze bez widocznej przyczyny, skarżąc się na silne boleści w lewej stronie brzucha. Chory, z zawodu kupiec, pracował jeszcze pomimo boleści przez cały dzień, gdy jednak cierpienia bardzo się wzmogły, musiał się wreszcie położyć. Od tego dnia stolce ustały, nie było zaś ani odbijania, ani wymiotów. Boleści następnego dnia wzmogły się do tego stopnia, że chory wił się w łóżku. Zawezwany lekarz zapisał makowiec, zastosował kilkakrotnie lewatywy, lecz bez skutku, a w końcu poradził choremu poddać się operacyi. Przyjęto go do kliniki 17-go marca 1901 r. o godzinie 8 wieczór.

Stan obecny: Mężczyzna średniego wzrostu, dość dobrze odżywiony, bardzo niespokojny, uskarża się ustawicznie na wielkie boleści w brzuchu, krzyczy i płacze nawet przy najlżejszem dotknięciu. Dopiero po wstrzyknięciu podskórnem 0·01 morfiny uspokoił się cokolwiek tak, że można go było zbadać. Rozpoznano miażdżycę tętnic, średnią rozedmę płuc. Powłoki brzuszne znaleziono silnie napięte, wszędzie bolesne, wypuk bębenkowy z wyjątkiem lewego podbrzusza. Wątroba wysoko ustawiona. W jamie brzusznej wyczuć można wielki guz walcowaty, wychodzący z lewej okolicy biodrowej, sięgający w górę aż pod wątrobę, przechodzący linię środkową mniej więcej o 5—10 ctm. i zwieszający się ku dołowi w małym łuku. Guz ten miał mniej więcej grubość ramienia dorosłego mężczyzny, był miękki, giętki i łatwo przesuwalny. Ruchu robaczkowego nie było. Przez kiszkę stolcową wyczuć można było, że górna część odbytnicy jest bardzo rozszerzona, a mimo tego próżna. W moczu cukru i białka nie było; ślad indykanu. Ciepłota 37·8, tętno 110.

Rozpoznałem: *Volvulus flexurae sigmoideae,* co w 2 godziny później dokonana przezemnie operacya potwierdziła.

Operacyę wykonałem w znieczuleniu lędźwiowem metodą Corning-Biera za pomocą eukainy. Cięcie w linii środkowej z wycięciem pępka długości 20 ctm. Po otwarciu jamy brzusznej wypłynęła mała ilość nieco zmętniałej cieczy. Z głębi wystawała nadmiernie rozszerzona część zagięcia esowatego, skręcona wokoło swojej osi w kierunku wskazówki zegarowej o 180°. Ściany kiszki były dość zaczerwienione, krezka jelita esowatego zgrubiała i obrzękła; całe jelito zaś powyżej guza było miernie rozszerzone i prawie puste. Wydobyłem guz na zewnątrz poza ranę brzuszną, odkręciłem skręt i poleciłem obecnie wprowadzić w odbytnicę gumową rurkę o szerokiem świetle, przez którą nastąpiło obfite wypróżnienie płynnego kału. Zagięcie esowate potem szybko sklęsło tak, iż udało mi się następnie łatwym sposobem oba ramiona tego zagięcia za pomocą kilku szwów ku sobie zbliżyć. Szwy założyłem obustronnie blizko przyczepu krezki do lewej ściany pętli jelitowej, przez co krezka jelita esowatego znacznie się skróciła. Szwy dolne założyłem także przez wewnętrzne warstwy i przy pętli znajdującą się ścianę jamy brzusznej tak, że skutkiem tego zgięcie esowate przylegało do bocznej ściany brzusznej, nie tworząc jednakowoż pewnych kieszonkowatych wgłębień, mniej więcej tak, jak to kiszka wstępująca lub zstępująca przylega do ściany brzusznej. Potem uwolniłem jamę brzuszną za pomocą wacików wyjałowionych z resztek znajdującego się jeszcze płynu i zaszyłem ranę ścian brzusznych z wyjątkiem dolnego końca, a to w celu założenia tamponu Mikulicza.

Operacya trwała $1/2$ godziny.

Przebieg pooperacyjny: Chory wkrótce przyszedł do siebie po zabiegu zupełnie bezbolesnym. Wiatry i mocz oddaje dobrowolnie. Dnia następnego ciepłota wieczorna wynosiła 38·1°, tętno 80. W następnych dniach chory przebył prawostronne zapalenie płuc, przyczem ciepłota dochodziła do 39°. Zupełny brak zadrażnienia otrzewnej. Usunięcie tamponu Mikulicza nastąpiło 6-go dnia po operacyi. Rana w powłokach brzusznych, pierwotnie zaszyta, zagoiła się przez rychłozrost. Jako ozdrowieniec chory dnia 3 kwietnia 1901 r. opuścił klinikę, a więc w 14 dni po operacyi, z raną wielkości 1 halerza, pokrytą ziarniną w miejscu, gdzie była tamponowaną. Od tego czasu miałem sposobność widzenia tego mężczyzny kilkakrotnie; czuje się dotąd zupełnie dobrze.

W celu zapobieżenia ponownemu niebezpieczeństwu skrętu osiowego, wykonałem w tym przypadku osobny rodzaj umocowania skręconej części kiszki, które mojem zdaniem łatwo daje się uskutecznić, a przytem okazało się bardzo stósownem i praktycznem. W razie gdyby jednakowoż przy wykonywaniu tego sposobu spotkano się z trudnościami, np. że oba ramiona kiszki nie dają się dostatecznie ku sobie zbliżyć, w takim przypadku należałoby się ograniczyć tylko do przytwierdzenia kiszki do lewej bocznej ściany brzusznej, przyczem jednak trzeba szwy tak zakładać, aby nie pozostawały miejsca wolne, w któreby potem jelito mogło się wśliznąć. Następowe oddawanie kału przy tym sposóbie operowania bynajmniej nie zostaje utrudnione, jak poucza mój przypadek; mogę więc ten sposób operowania w podobnych warunkach kolegom jak najgoręcej polecić.

Drugi przzpadek odnosił się do chorej (M. G.), liczącej lat 80, pochodzącej z rodziny zdrowej; sama podobno zawsze zdrową była. Od kilku lat ma przepuklinę pępkową wielkości kurzego jaja, która jednakowoż jej żadnych dolegliwości nie sprawiała; 14 dni przed przyjęciem do kliniki czuła w lewej stronie brzucha napięcie i stwardnienie, Oddawanie stolca, odbywające się dotychczas zupełnie prawidłowo, stawało się utrudnionem. Od 13 dni nie miała stolca, ani wiatrów. Natomiast wystąpiły najpierw odbijania, później wymioty, a w końcu bardzo silne boleści. Chora w tym czasie odbyła dwudniową podróż koleją żelazną, a ponieważ choroba jej pomimo zażywania środków przeczyszczających i lewatyw i t. p. stawała się coraz groźniejszą, udała się przeto do krakowskiej kliniki.

Stan obecny dnia 8 kwietnia 1901 r. Kobieta średniego wzrostu, dobrze odżywiona. *Facies Hippocratica.* Ustawiczne odbijanie i od czasu do czasu wymioty cuchnącej treści. Brzuch silnie wzdęty i bolesny

szczególnie na dotyk. W okolicy pępkowej stwierdzam guz większy od jaja kurzego, niezaczerwieniony i niezbyt bolesny. Guz ten jest dosyć twardy, pozostaje w związku z jamą brzuszną, lecz nie daje się do niej odprowadzić. Wypuk po obu stronach stłumiony, zresztą bębenkowy. Wolny płyn w jamie brzusznej. Wątroba wysoko ustawiona. Wszędzie daje się zauważyć wzmożony ruch robaczkowy, we wnętrzu jamy brzusznej nie można wymacać nigdzie nowotworu lub guza. Badanie przez odbytnicę daje wynik ujemny. W sercu i w płucach zmiany odpowiednie wiekowi chorej. W moczu ślady indykanu i białka. Ciepłota 37·3, tętno 120.

Rozpoznałem przepuklinę pępkową uwięźniętą, a względnie także uwięźnięcie wewnętrzne, wywołane przez przepuklinę pępkową, ponieważ i objawy miejscowe przy samej przepuklinie miały cechy bardzo małoznaczne.

W dwie godziny po przyjęciu chorej do kliniki otworzyłem w znieczuleniu lędźwiowem Corning-Biera (tropokokaina 0·060) jamę brzuszną w linii środkowej z wycięciem pępka, w którym znajdowały się trzy oddzielne i pozrastane przepukliny wielkiej sieci. Po otworzeniu samy brzusznej wylało się z niej wiele cieczy surowiczej. Jelito cienkie było wszędzie dość znacznie rozdęte i wypierało się poza jamę brzuszną. Jelito wstępujące było również nieco rozdęte, jelito zstępujące zaś zupełnie zwężone i próżne. Bardzo znacznie rozdęte pętle dolnego odcinka jelita cienkiego miały kształt guza wielkości głowy i były wielokrotnie z sobą pozrastane i wokoło swej wspólnej szypuły krezkowatej skręcone. Odkręciłem więc guz, rozluźniłem i porozlepiałem pętle, o ile to się dało. Potem starałem się uwolnione pętle przymocować kilkoma szwami do jelita zstępującego, aby w ten sposób zapobiedz ponownemu skrętowi. Przytem natrafiłem na zgięcie śledzionowe jelita grubego i znalazłem tam twardy, wielkości mniej więcej kurzego jaja, nowotwór jelita grubego, zaciskający silnie jego światło. O wycięciu nowotworu ze względu na zapad sił staruszki nie można było myśleć. Zaszyłem więc znowu jamę brzuszną i założyłem w okolicy jelita ślepego rzyć sztuczną.

Chora prędko przyszła do siebie; boleści, wymioty i odbijanie zupełnie ustały. Łaknienie już dnia następnego było dość zadowalniające. Oddała obfity stolec zarówno przez odbytnicę, jakoteż przez rzyć sztuczną. Najwyższa ciepłota była w dniu po operacyi 38·2°, tętno 124. Później ciepłota trzymała się zazwyczaj poniżej 37°, tętno około 100. Rana pierwotna w powłokach brzusznych zagoiła się przez rychłozrost z wyjątkiem lekkiego zaczerwienienia w dwóch miejscach. Od 10-go dnia po operacyi jawny zapad. Ciepłota 36·1°, tętno 70. Brak łaknienia, ponowne odbijanie. Brak stolca i wiatrów i to zarówno przez odbytnicę, jak i przez sztuczną rzyć. Dnia następnego zapad się zwiększył; chora nie przyjmuje pokarmów i po większej części jest nieprzytomną. Ponieważ stolca nie można było wywołać ani środkami przeczyszczającymi, ani lewatywami, sądziłem, że wskutek nowych zrostów utworzyła się ponowna niedrożność jelit. Tymczasem chora coraz więcej traciła na siłach; to mnie zdecydowało, że na 14 dzień po pierwszej operacyi otworzyłem szeroko środkową ranę, ażeby ewentualne zaciśnięcie światła jelita usunąć. Znalazłem jednakowoż li tylko lekkie zrosty bez jakichkolwiek znacznych zwężeń. Nowotwór jelita grubego przez ten czas podwoił swoje rozmiary.

Śmierć nastąpiła tego samego dnia. Na sekcyę rodzina się nie zgodziła.

W wypadku tym utworzyły się zapewne wskutek dawniejszych spraw zapalnych zupełnie specyalne zrosty pomiędzy pętlami jelita cienkiego, a mianowicie pętle jelitowe pozlepiały się obok siebie tak, jak rureczki termoforu, leżące obok siebie i w ten sposób utworzyły ów guz wielkości głowy, który następowo potem skręcił się wokoło swojej osi na wspólnej krezce o całe mniejwięcej 180°. Wykluczyć nie można, że zrosty te, a przedewszystkiem zaś same skręcenie wywołał rak jelita grubego. Zwężenie jelita grubego z powodu nowotworu zapewne stało się powodem, że górna część jelita przepełniała się treścią jelitową, a w następstwie tego doszło do nieprawidłowego skrętu części jelita cienkiego osłabionego zrostami, co wywołało objawy ostrej niedrożności kiszek.

Nowotwór jelita grubego po operacyi począł szybko róść, co mogliśmy stwierdzić tylko na mocy rozmiarów przedmiotowych.

Zgon zapewne był wynikiem ogólnego wyczerpania sił sędziwej pacyentki.

Trzeci przypadek dotyczył 55-letniego wychudzonego mężczyzny (J. S.), który 11 dni przed swojem przyjściem do kliniki nagle zachorował wśród typowych objawów niedrożności jelit. Kiedy go zobaczyłem poraz pierwszy (dnia 26 października 1901 r.) stan jego był następujący: dość silne wzdęcie brzucha, wolny płyn w jamie brzusznej, a pod prawym łukiem żebrowym twardy, nieporuszalny, na poprzek leżący guz. Silne, uciążliwe boleści w całej jamie brzusznej trapiły chorego. Bardzo wybitny ruch robaczkowy. Rysy twarzy zapadłe, wychudnienie znaczne, ciepłota 37·8, tętno 120. Mocz zawiera znaczne ilości białka i indykanu, Rozpoznałem skręcenie kiszek *(volvulus)*, względnie także wgłobienie jelita ślepego *(invaginatio coeci)*.

Natychmiast wykonałem laparotomię w znieczuleniu lędźwiowem tropakokainą, i okazało się, że obydwie te choroby istniały, tj. skręt kiszek i wgłobienie kiszki ślepej. Krezka kiszki ślepej i kiszki wstępującej była nadmiernie długa, wskutek czego z łatwością można było cały guz przed jamę brzuszną wyciągnąć i odkręcić. Również łatwo dało się wykonać desinwaginacyę. Wgłobione były: wielka część jelita cienkiego, kiszka ślepa i część kiszki wstępującej. Ściany kiszki wstępującej były nieco obrzękłe i nastrzykane; nie było zaś nalotów włóknikowych, a wolna ciecz w obfitej ilości w jamie brzusznej była prawie czysto surowiczą. Skręt osiowy guza wynosił 180° w kierunku wskazówki zegarowej.

Osuszyłem miednicę małą wyjałowioną gazą i skróciłem zbyt długą krezkę kiszki ślepej i grubej w ten sposób, że założyłem kilka szwów spajających te dwie części kiszki wprost z tylną ścianą jamy brzusznej. W ten sposób starałem się zapobiedz ponownemu skrętowi osiowemu; w tym celu przyszyłem do siebie dolną część jelita cienkiego i kiszki wstępującej w długości mniej więcej 20 ctm. na wzór tego, jak są ze sobą spojone obie lufy dubeltówki. Potem odprowadziłem trzewa do środka jamy brzusznej i zeszyłem ranę brzuszną całkowicie z wyjątkiem dolnych brzegów, przez które wprowadziłem do małej miednicy wyjałowiony skrawek gazy. Pod koniec operacyi oddał chory bardzo obfity stolec.

Przebieg po operacyi i proces gojenia odbyły się prawie bez odczynu. Ciepłota w pierwszych 4 dniach nie przekroczyła 37·6°; tętno 3go dnia wynosiło 100. Potem aż do zupełnego wyzdrowienia ciepłota zawsze wskazywała niżej 37°, a tętno niżej 90. Wiatry i stolce odchodziły jak przed wybuchem choroby; 7-go dnia usunąłem tampon, a 9-go powierzchowne szwy skórne. Rana zagojona przez rychłozrost. Jedynie w dolnym końcu rany pozostało miejsce wielkości reńskiego, pokryte ziarniną, które się w następnych 34 dniach całkowicie zabliźniło.

Człowiek ten zupełnie zdrowy opuścił 28/XII klinikę z przepaską brzuszną. Doniósł mi 20/VI 1902, że jest zupełnie zdrów.

Przypadek ten analogiczny jest do operowanego przez Preindelsbergera, u któregoż jednakowoż pomimo operacyi wytworzyły się znowu takie same objawy, jakie były przed operacyą. Wyżej opisanym sposobem szycia starałem się zapobiedz temu niedostatkowi i to mi się powiodło. Sądzę nadto, że przez umocowanie jelit nie stwarza się żadnych warunków niekorzystnych, albowiem przez skrócenie krezki nie mogą powstać zatoki, w których następnie jelita mogłyby uwięznąć. Również bez szkody dla osobnika jest zeszycie kiszki grubej z częścią jelita cienkiego, bo fałd przez to powstały jest zupełnie płaski. Zeszycie pojedyncze dwóch części jelita równolegle do siebie ułożonych w sposób, jak to wykonałem w moim pierwszym i trzecim przypadku, może w niektórych razach sprawić nowe zaburzenia, np. ponowny skręt osiowy wokoło wspólnej osi krezkowej, jak to opisali Wahl, Zoege, Manteuffel, Kader i inni.

Zapobiegłem temu niebezpieczeństwu tem, że krezkę skróciłem, a przez to wytworzyłem całkowite umocowanie pętli. Wyniki, jakie osiągnęli podobnymi sposobami H. Braun i inni, przemawiają na korzyść tej metody.

Wiatry z rozdętej kiszki odprowadziłem w moim I. przypadku za pomocą grubego drenu gumowego, wprowadzonego

przez odbytnicę aż do rozdętego jelita. Sposób ten jest pewny i niewyczerpujący sił. Zazwyczaj większa część wiatrów z kiszki esowatej uchodzi natychmiast sama przez się po uskutecznionem odkręceniu skrętu. Zupełne opróżnienie z gazów następuje jednakowoż dopiero po wprowadzeniu rurki gumowej aż poza miejsce pierwotnie skręconej kiszki; albo też usuniemy wiatry przez nacięcie pętli jelitowej, a powstały otwór zaszyjemy. Sposobu ostatniego, jako zbyt zawikłanego i niebezpiecznego w dzisiejszych czasach prawie zupełnie zaniechano. Niektórzy chirurdzy polecają, aby dren kiszkowy, w celu zapobieżenia nawrotu skrętu, w kiszce pozostawiać. Przy moim sposobie operowania jest to zupełnie zbyteczne. Jeśli nie wykonamy umocowania pętli, natenczas skutek drenu trwa tylko tak długo, dopóki go nie usuniemy; po wyjęciu drenu może wystąpić stan pierwotny, jaki był przed operacyą.

Przytem niech mi wolno będzie zwrócić na to uwagę, że jeśli się operuje w znieczuleniu lędźwiowem metodą Corning-Biera, wówczas występuje bardzo wzmożony ruch robaczkowy jelit, co nieraz wystarcza do wywołania obfitego stolca.

W dołączeniu do opisanych przypadków niech mi wolno będzie podać jeszcze jeden bardzo zajmujący, a dotyczący niedrożności jelit, który niedawno przedstawiłem w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem.

Chory ten, mężczyzna 34 letni (M. G.), dość znacznie wynędzniały, przybył do kliniki dnia 23 grudnia 1901 r. Lekarz ordynujący rozpoznawał zwężenie jelita, względnie zapalenie okrężnicy błoniaste. Zachorował przed 3 miesiącami. Pracował wówczas, jako wyrobnik w fabryce gdzie musiał przez dłuższy czas dźwigać ciężary, opierając je o przód swego ciała.

Po takiej wyczerpującej pracy odczuł razu jednego wieczorem uciążliwe boleści w jamie brzusznej. Odtąd nie mógł już pracować. Stolce, które dawniej miewał prawidłowo, stały się uciążliwe i nie następowały bez zażycia środków przeczyszczających. Boleści następnie trwały stale a nadto były coraz silniejsze. Chory zasięgał rady u różnych lekarzy, ale zawsze bez widocznej zmiany na lepsze. W końcu od 5—6 dni ustało oddawanie stolca zupełnie, a chory aż wił się z boleści. Z tego powodu udał się o pomoc do kliniki chorób wewnętrznych, w której stosowano wysokie wlewania przez odbytnicę, a w odpływającej wodzie po takich lewatywach wykryto błony, składające się z nabłonków. Dnia następnego odstawiono chorego do kliniki chirurgicznej.

Stan obecny: Mężczyzna średniego wzrostu, źle odżywiony. W sercu i płucach zmian nie znaleziono. W moczu brak białka, a tylko mała ilość indykanu. Ciepłota wynosiła 38·5°; tętno 106, dość dobrze napięte, lecz małe. Brzuch wzdęty; poniżej wątroby wyczuć można było guz podłużny, miękki, sięgający ku stronie lewej; przy ucisku dał się przesuwać i znikał. Wypuk wszędzie bębenkowy, także i ponad guzem. Ruch robaczkowy wybitny. Bolesność przy dotyku. Mianowicie w kąpieli można było wyraźnie wyczuć ten guz ruchomy, który czasowo znikał jednakowoż zupełnie. Przez odbytnicę można było wyczuć, że górna jej część bardzo była ku górze wyciągniętą, a nadto rozszerzoną, lecz próżną.

Rozpoznałem: wgłobienie jelita ślepego (*invaginatio coeci*) i przystąpiłem do otworzenia jamy brzusznej, które wykonałem w znieczuleniu lędźwiowem Corning-Biera za pomocą tropakokainy. (Wykonanie tej operacyi odstąpił mi życzliwie profesor Kader). Otworzyłem jamę brzuszną w linii środkowej wycięciem fałd pępkowych. Z głębi jamy brzusznej wypłynęła zaraz po jej otwarciu w dość znacznej ilości ciecz lekko zmętniała. O ile to można było dostrzedz, były wszystkie wnętrzności bardzo rozdęte i z nieco nastrzykane; poprzecznica zawierała w swojej lewej części bardzo wielki guz, zwężający się nieco ku stronie lewej, a sięgający aż do dolnej części jelita grubego zstępującego. Jelito cienkie łączyło się ze stroną prawą tego guza. Jelita grubego wstępującego i kiszki ślepej nie można było widzieć. Guz był twardy, napięty o ścianach silnie nastrzykniętych, a przy połączeniu swojem z jelitem cienkiem pokryty wypociną włóknikową.

Rozpoznanie nasze było więc trafne; chodziło tu bowiem o wgłobienie jelita cienkiego, kiszki ślepej, kiszki grubej wstępującej i poprzecznicy. Próbowałem wgłobienie rozluźnić przez ostrożne pociąganie za początek jelita cienkiego, lecz bez skutku; udało mi się zaledwie kilka pojedynczych zlepców pomiędzy jelitem grubem a cienkiem rozdzielić, lecz z głębi ukazało się kilka kropli ropy. Daleko lepiej udała mi się desinwaginacya przez ucisk na dolną część kiszki zstępującej grubej. Przytem okazało się, że właściwie było to wgłobienie wielokrotne, że pojedyncze części były pozasuwane jedne w drugie, a przez ucisk od dołu udało mi się poszczególne te części rozluźnić i rozwinąć. W ten sposób całe jelito grube zstępujące i większą część poprzecznicy wypróżniłem z zawartych w nich innych części jelit; w końcu pozostał mi tylko guz wielkości mniej więcej głowy dziecka, pękający jednakowoż w kilku miejscach na swojej powierzchni surowiczej przy dalszej próbie rozwikłania przez ucisk od tyłu i nie dający się jednak już tym sposobem usunąć. Wyłożyłem go zatem na zewnątrz przez jamę brzuszną i zaszyłem pozostałe pęknięcia bardzo cienkim jedwabiem. Wśród tego wsunęły się znowu częściowo rozwikłane pętle w poprzecznicę tak, że ponownie musiałem desinwaginować. Aby zapobiedz ponownemu wślizgnięciu się jelit, zaszyłem następnie szwem fałdowanym poniżej guza poprzecznicę i założyłem pomiędzy poprzecznicą a dolną częścią jelita cienkiego w odległości mniej więcej 20 ctm. od guza boczne połączenie (anastomozę) za pomocą mojego guzika magnezyowego. Potem kilkoma szwami przytwierdziłem guz do przedniej części ściany brzusznej i wytamponowałem jamę brzuszną wokoło guza kilkoma chustkami z gazy.

Chory przez pierwsze dni po operacyi gorączkował. Ciepłota nie przekroczyła jednak 38·4°, także i tętno było względnie dobre, poniżej 100. Boleści były w pierwszych 3 dniach dość silne, lecz innego rodzaju, niż przed operacyą.

Tampony usuwaliśmy stopniowo jeden po drugim, w przeciągu 6—10 dni po operacyi. W guzie znajdującym się obecnie poza powłokami brzusznemi powstały na różnych miejscach małe otwory, które znowu zaszywaliśmy; szwy te trzymały i nie puściły. Guz sam przez się zmniejszał się coraz więcej tak, że w końcu był zaledwie wielkości jabłka i 13 dnia po pierwotnej operacyi można go było z łatwością wsunąć do jamy brzusznej. Zamiast guza pozostała rana wielkości pięciokoronówki, pokryta ziarniną, prędko się zabliźniająca.

Wiatry już po operacyi odchodziły drogą prawidłową, same przez się. Czwartego dnia po operacyi pojawił się pierwszy stolec, który odtąd codziennie odchodził. Dnia 14-go badając palcem przez odbytnicę, znalazłem guzik magnezyowy, leżący powyżej zwieracza odbytu. Wyciągnąłem go; był on tylko słabo nadgryziony, zresztą jeszcze twardy.

Przypadek ten, zarówno jak mój pierwszy przed rokiem, jest zajmujący dlatego, że tu także wielki guz, składający się z części jelitowych, został wydobyty poza jamę brzuszną i tu przymocowany, w krótkim czasie sam przez się zanikł. Wskutek jakich czynników to się dzieje, nie jestem w stanie powiedzieć. Zwyczajne wyślizgnięcie się pętli jelitowych z guza zdaje mi się nieprawdopodobnem, ponieważ sam guz większą ilością szwów umocowałem do przedniej ściany brzusznej. Wycięcia guza wówczas z umysłu nie próbowałem, spodziewając się, że guz sam przez się zaniknie; samo wycięcie zaś uważałem dla chorej za zabieg nieobojętny i niebezpieczny ze względu na brak sił i wielkie jej osłabienie.

Wreszcie jeszcze kilka słów o znieczuleniu lędźwiowem. Wszystkie moje 4 przypadki operowałem w znieczuleniu, wywołanem właśnie tą metodą, a u wszystkich mogłem wykonać operacyę bez najmniejszego bólu i bez innych możliwych nieprzyjemnych powikłań. Przypuszczam nawet, że dobre wyniki moje zawdzięczam poczęści użyciu tego sposobu znieczulania. W krakowskiej klinice stosujemy ten sposób lokalnego znieczulania już od półtora roku w tych przypadkach, gdzie trzeba nam operować poniżej 3 żebra. Do uśpienia ogólnego w tych przypadkach bardzo rzadko się uciekamy. Doświadczenia nasze w tym względzie są bardzo zachęcające i polecenia godne. Sposób ten nawet u osób bar-

dzo wiekowych i bardzo osłabionych bywa dobrze znoszony i nie oddziaływa ujemnie, o ile to mogliśmy zauważyć, na serce, płuca lub na nerki.

II. O nowszych teoryach odporności.

Podał

Dr. Filip Eisenberg.

(Według odczytu wygłoszonego w krak. Tow. lek. dnia 23 kwietnia b. r.).

Ciąg dalszy).

Wyłuszczonemu tu zapatrywaniu o przyswajaniu jadów możnaby jednak przeciwstawić zarzut, że istnienie preformowanych takich chwytników, służących przyswajaniu jadów, byłoby zjawiskiem w wysokim stopniu dysteleologicznem; jeżeli jednak zważymy, że wszystkie te jady są wydzielinami protoplazmy, czy to bakteryj, czy to wyższych ustrojów, i choć przedstawiają kompleks drobinowy mniej złożony, niż żywe białko, to jednak zawierają prawdopodobnie pewne grupy w skład jego wchodzące, łatwo sobie wyobrazimy, że jad właśnie dzięki posiadaniu takich grup może mieć powinowactwo do chwytników protoplazmy, służących w prawidłowem życiu komórkowem przyswajaniu ciał odżywczych i — jeśli wolno tak się wyrazić, — przez pomyłkę zostaje przyswojony. Jakież teraz jest dalsze jego działanie? Dostawszy się w obręb protoplazmy, jad za pośrednictwem chwytnika wywiera swoje działanie swoiste na jądro czynnościowe, wywołując obraz intoksykacyi; łańcuch boczny, przezeń zajęty, nie może oczywiście pełnić swojej fizyologicznej funkcyi przyswajania; — to też protoplazma mocą prawa, głęboko jak się zdaje w jej budowie chemicznej ugruntowanego, pokrywa ten ubytek funkcyonalny przez regeneracyę danego łańcucha bocznego. Regeneracya taka, jak uczą badania Weigerta, zwykle odtwarza więcej, aniżeli ubytek sam wynosi; że przypomnę tylko bujanie kostniny przy złamaniach kości, lub bujanie ziarniny przy ubytkach tkanek; i w tym przypadku regeneracya wytwarza nadmiernie łańcuchy boczne, zajęte przez jad, a o ile ta wytwórczość nadmierna przekroczy pewne granice, te zbytnio zregenerowane łańcuchy boczne, stawszy się niepotrzebnym dla komórki balastem, zostają wydzielone do krwi i krążą w niej swobodnie. Te to łańcuchy boczne we krwi krążące — i oto jest punkt zasadniczy Ehrlicha — mocą swego powinowactwa są zdolne wiązać jad wprowadzony do ustroju, zanim się dostanie do komórek wrażliwych czyli innymi słowy pełnią funkcyę antytoksyn. Tak więc tosamo ciało, zawarte w komórce, warunkuje możliwość zatrucia; krążąc we krwi, chroni ustrój przed działaniem jadu. Zrozumiałą więc jest rzeczą, że działanie toksycznej grupy jadu na jądro czynnościowe będzie miało wielki wpływ na regeneracyę łańcuchów bocznych; gdzie jądro czynnościowe zbyt silnemu ulegnie uszkodzeniu, lub zupełnemu zniszczeniu, regeneracya ta będzie niedostateczną lub wcale nie nastąpi; teoretyczny ten postulat znajduje potwierdzenie w empirycznych spostrzeżeniach przy uodpornianiu, które uczą, że chcąc mieć dobre wyniki, należy unikać zbyt silnych i gwałtownych reakcyj, że najobfitsza i najszybsza wytwórczość antytoksyn tężcowych znachodzi się u aligatora zupełnie niewrażliwego na jad tężcowy, jak również we fakcie, że zapomocą niezmienionego jadu tężcowego niepodobna uodpornić morskich świnek, podczas gdy udaje się to bardzo łatwo zapomocą toksoidów jadu tężcowego, pozbawionych działania toksycznego. Naodwrót znamy przypadki, w których skutkiem słabego działania jadu, względnie małej wrażliwości ustroju, regeneracya ta jest niedostateczną i dopiero energiczne zadziałanie jadem wywołuje obfitsze wytwarzanie antytoksyn, a z nią uleczenie istniejącego już zatrucia; tak np. zatrucie jadem tężcowym u królików można wyleczyć przez dalsze podawanie jadu, a krowy gruźlicze według Behringa mogą być wyleczone przez systematyczne podawanie tuberkuliny. Wynika dalej z takiego poglądu, że wogóle obecność i działanie grupy toksycznej dla wytworzenia antytoksyn jest zbyteczne, że rozstrzyga tu tylko działanie grupy chwytnej, przypuszczenia potwierdzone przez wspomnianą wyżej możność uodporniania zapomocą toksoidów. Z tem pojmowaniem wytwarzanie antytoksyn, jako hiperprodukcyi łańcuchów bocznych, harmonijnie łączy się wspomniany już fakt niestosunku między ilością jadu, a wytworzonej pod jego zadziałaniem antytoksyny, dalej spostrzeżenia Rouxa, Vaillarda, jak również Salomonsena i Madsena, którzy po obfitych upustach krwi u wysoko uodpornionego konia stwierdzili, że po nie długim czasie zawartość antytoksyny we krwi wróciła do pierwotnej wysokości, jakkolwiek na nowo jadu nie wprowadzono do ustroju. Spostrzeżenie to przypomina znany fakt z patologii ludzkiej, że ustrój dostawszy się raz na pochyłą równię patologicznej przemiany materyi, długi czas w niej trwa. Przy systematycznem uodpornianiu komórki zostają niejako trenowane w tej ciągłej hiperprodukcyi łańcuchów bocznych, podobnie jak np. komórka śluzowa ciągle zmienia swą protoplazmę w śluz i wydala go na zewnątrz. Również fakt, stwierdzony przez Salomonsena i Madsena, ze wstrzykiwania pilokarpiny u zwierząt uodpornionych wywołują obfitszą produkcyę antytoksyn, buduje analogię między powstawaniem antytoksyn, a sprawami wydzielniczemi ustroju.

Poznawszy w ten sposób w głównych zarysach teoryę łańcuchów bocznych, zapytajmy teraz, czy ta logiczna budowa hipotez znalazła też potwierdzenie w doświadczeniu, potwierdzenie, bez którego nawet najgenialniejsza hipoteza jest i zostanie tylko zręczną, czy śmiałą produkcyą gimnastyczną myśli ludzkiej. Należało dowieść, że wrażliwe komórki wiążą jad chemicznie, że następnie zostają zregenerowane, i że wreszcie one to funkcyonują we krwi jako antytoksyny. Doświadczenia Dönitza wykazały, że jad błoniczy rzeczywiście zostaje w ustroju związany; wstrzykiwał on królikom do żyły 8-krotną dawkę śmiertelną, a następnie po upływie różnego przeciągu czasu antytoksynę również do żyły i pokazało się, że aż do upływu 15 minut wystarczało tylko wstrzyknięcie ilości antytoksyny zobojętniającej *in vitro* daną ilość jadu, aby zwierzę uratować; po upływie tego czasu trzeba było coraz to większej wielokrotności tej ilości, a wreszcie po upływie $1^1/_2$ godziny nawet największe dawki antytoksyny nie były w stanie zwierzęcia uchronić od śmierci, t. z. w tym czasie już co najmniej jedna dawka śmiertelna była silnie związana w ustroju. Ciekawą analogię do tych doświadczeń przedstawia praca Dreyera, który wykazuje, że toksony jadu błoniczego, odpowiednio do słabszego swego powinowactwa wobec antytoksyny, także w ustroju zostają znacznie powolniej związane tak, że jeszcze po dwóch godzinach zobojętniająca ilość

antytoksyny zupełnie znosiła działanie toksonu, a jeszcze po pięciu dniach wstrzyknięte duże dawki zdołały zwierzę uratować. Łatwiej znacznie, aniżeli w tych doświadczeniach udaje się dowód istnienia związku chemicznego między jadem a wrażliwą komórką, gdy chodzi o cytotoksyny, t. j. jady swoiste, skierowane przeciw protoplazmie różnych komórek ustroju, o ile że tutaj, jak o tem niżej będzie mowa, dowód ten można przeprowadzić w próbówce z najdokładniejszem uwzględnieniem stosunków ilościowych.

Za najsilniejszy jednak dowód doświadczalny teoryi łańcuchów bocznych uchodzi dotychczas fakt odkryty przez Wassermanna i Ransoma, że miazga układu nerwowego różnych zwierząt prawidłowych zobojętnia *in vitro* jad tężcowy, że zatem w tym przypadku komórki, istniejące fizyologicznie jako chwytniki dla jadu tężcowego (objawiacego jak wiadomo swoiste powinowactwo do układu nerwowego), mogą wobec niego odegrać rolę antytoksyn. Podobne zachowanie stwierdzili Kempner i Schepilewsky wobec jadu zatrucia kiełbasianego *(Bac. botulinus* van Ermenghem). Odkrycie to wywołało cały szereg zarzutów i krytyk (po części opartych na mylnem zrozumieniu teoryi Ehrlicha, zwłaszcza ze strony francuskiej). Miecznikow twierdzi, że działanie zawiesiny mózgowej jest czysto chemotaktyczne i polega na wywoływaniu fagocytozy, która umożliwia zniszczenie jadu przez wszechmocne fagocyty; Marie widzi w tem obojętnieniu objaw adsorpcyi mechanicznej jadu; Danysz wykazał rozkład obojętnego połączenia zawiesiny mózgowej i jadu pod wpływem różnych czynników; Roux i Bodel wreszcie stwierdzili, że jad tężcowy zastrzyknięty śródmózgowo działa w dawkach 10 razy mniejszych, aniżeli wstrzyknięty do żyły, wywołując swoisty obraz t. zw. tężca mózgowego, gdy tymczasem wedle nich mózg zdolny *in vitro* zobojętniać jad, na jego działanie powinien być wcale niewrażliwym. Ostatni zarzut oczywiście chybia celu, gdyż według pojmowania Ehrlicha właśnie mózg, w którym mieszczą się chwytniki dla jadu tężcowego, będzie najwrażliwszem miejscem ustroju, zwłaszcza gdy, pomijając drogę krwi, jad wprost się dostanie do komórek wrażliwych. Natomiast poważne wątpliwości co do natury tego zobojętnienia i co do dopuszczalności tego dowodu budzą następujące okoliczności: wykazano, że cały szereg rozmaitych ciał, jak tłuszcze, oliwy, miazga ziemniaczana, cholestearyna, proszek karminowy itd. zobojętniają różne jady, prawdopodobnie drogą adsorpcyi mechanicznej. Silniej jeszcze podaje w wątpliwość identyczność łańcuchów bocznych, zawartych w mózgu, z antytoksynami następujące spostrzeżenie Behringa: do niezupełnie obojętnej mięszaniny zawiesiny jadu dodał on pewną ilość antytoksyny, w zupełności zobojętniającą daną ilość jadu, a mimoto nie uzyskał zupełnego zobojętnienia; — w tym zatem przypadku oba sposoby zobojętnienia — przez zawiesinę i przez antytoksynę — nietylko nie okazują się identycznymi, ale nawet zawiesina mózgowa przeszkadza zobojętnieniu jadu przez antytoksynę[2]). Wreszcie moje doświadczenia, jeszcze nie ogłoszone, wykazały, że ta zdolność zobojętniania nie zmienia się zupełnie u zwierząt zatrutych wysokiemi dawkami jadu, gdzie zatem łańcuchy boczne jeszcze za życia powinny były przynajmniej nasycić się jadem, a zdolność zobojętniania odpowiednio zmaleć. Że jednak mimo to wszystko teoretyczny postulat Ehrlicha twierdzący, ze tosamo ciało znajdując się w komórce, warunkuje jej zatrucie, po za nią zaś służy ku jej ochronie, jest możliwy, tego dowodzi piękna praca Ransoma nad zatruciem saponinowem ciałek czerwonych; wykazuje ona, że cholestearyna, zawarta w ciałkach czerwonych, wiąże saponinę i umożliwia zatrucie, gdy tymczasem tejsamej cholestearynie, zawartej w surowicy, ta ostatnia zawdzięcza swe działanie ochronne.

Najważniejszym oczywiście i najbardziej przekonywującym byłby dowód bezpośredni, że komórki wrażliwe w stanie prawidłowym wiążą jad zapomocą chwytników, przy uodpornianiu wytwarzają antytoksynę; dowód taki *a priori* jest niezmiernie trudny, pierwsza zwłaszcza jego część, mająca wykazać powinowactwo chwytników do jadu, uwarunkowana jest dostateczną tych chwytników zawartością w danym narządzie, w przeciwnym razie dowód staje się niemożliwym. To też całkowity ten dowód, jakkolwiek dzięki badaniom Pfeiffera i Marxa, Wassermannów, Deutscha i in. znamy miejsce powstawania ciał ochronnych w cholerze, durze brzusznym, zapaleniu płuc krupowem, dotąd tylko w jednym przypadku został ściśle przeprowadzony w pięknej i interesującej pracy Römera. Jak wiadomo, abryna, toksalbumina zawarta w nasieniu *Abrus precatorius (Semen Jequirity)*, wywołuje silne zapalenie spojówek u zwierząt i u ludzi, a Ehrlich wykazał, że przez wkraplanie coraz większych jej dawek do worka spojówkowego można króliki uodpornić przeciw temu działaniu; otóż Römer, uodporniwszy w ten sposób królika przez wkraplanie jadu do prawego oka, wykazał, że miazga spojówki tego oka zobojętnia *in vitro* działanie jadu, podczas gdy miazga spojówki lewego oka okazuje się nieczynną. Wynika ztąd, że w tym przypadku komórki wrażliwe przynajmniej w części wytwarzają antytoksynę. Na jeden jeszcze bardzo ważny szczegół należałoby przytem zwrócić uwagę; jeżeli Ehrlich twierdzi, że komórki na jad wrażliwe wytwarzają antytoksynę, to bynajmniej jeszcze te komórki nie muszą brać udziału w klinicznym obrazie zatrucia, czy zakażenia; teorya łańcuchów bocznych właśnie podkreśla znaczenie grupy chwytnej dla powstawania odporności, może tedy jad być związany w ustroju nietylko przez komórki, oddziaływające klinicznymi objawami zatrucia na wpływ jadu, ale i przez inne, na działanie grupy toksycznej niewrażliwe lub mało wrażliwe; te to komórki mogą wytwarzać antytoksynę, o ile tamte np. są skutkiem działaniu jadu na jądro czynnościowe porażone w funkcyi regeneracyjnej. Że komórki bynajmniej przez jad nie dotknięte w funkcyach swych życiowych mogą wytwarzać antytoksynę, tego dowodzi jasno przytoczony już fakt, że aligator na jad tężcowy zupełnie niewrażliwy z pośród wszystkich zwierząt najszybciej i najobficiej wytwarza w swym ustroju antytoksyny.

Z pośrednich dowodów teoryi łańcuchów bocznych chciałbym wymienić dwa, które są doświadczalnem stwierdzeniem postulatów tej teoryi. Wobec znaczenia, jakie wedle teoryi przypada grupie chwytnej w akcie uodporniania, należało się spodziewać, że jeżeli do ustroju wprowadzimy jad ściśle zobojętniony zapomocą antytoksyny, a więc jad, którego grupa chwytna jest związana, to nie wywoła on żadnego odczynu; rzeczywiście doświadczenia Kretza, ro-

[2]) W ostatnich dniach E. Marx z zakładu Prof. Erlicha zbija ten zarzut na podstawie własnych ścisłych doświadczeń (Zeitschr. f. Hyg. u. Inf. T. XL.).

bione w tym kierunku, stwierdzają to przypuszczenie, a analogiczne badania Dungerna i Sachsa nad hemotoksynami do tego samego doprowadziły wyniku. Z drugiej strony wiadomem było, że uodporniając zwierzęta przeciw cytotoksynom, tj. jadom swoistym, skierowanym przeciw pewnym rodzajom komórek ustroju, uzyskuje się wytworzenie antycytotoksyn; i tak: zapomocą hemolizyn — antyhemolizyny, zapomocą spermotoksyny — antyspermotoksynę; w pracy wykonanej wspólnie z Doc. Drem Krausem w Wiedniu postawiliśmy sobie pytanie, czy zapomocą wszystkich swoistych ciał ochronnych (w ogólnem znaczeniu) uda się uzyskać takie wtórorzędne ciała ochronne. Doświadczenia nasze wykazały, że nie udaje się uzyskać anty-antytoksyny przez systematyczne wstrzykiwanie antytoksyn, jak również antyaglutyniny przez wstrzykiwanie swoistych aglutynin; podczas gdy można tą drogą uzyskać antyhemolizyny i antyprecypityny. Co do tych ostatnich, to pokazało się, że wstrzykując precypitynę dla mleka koziego (t. zw. laktoserum) psom nie udaje się uzyskać antyprecypityny, podczas gdy tosamo postępowanie u kóz wywołuje wytworzenie antyprecypityny (t .zw. antylaktoserum). Klucz do tych spostrzeżeń leży w teoryi Ehrlicha; podczas gdy cytotoksyny i precypityny, objawiające swoiste powinowactwo do komórek ustrojów zwierzęcych, lub do ich składników chemicznych, znajdują w tych ustrojach odpowiednie chwytniki, a temsamem warunki do wytworzenia odporności, aglutyniny i antytoksyny nastawione na komórki bakteryj, lub ich produkty wydzielnicze w ustroju wyższych zwierząt nie znajdują chwytników i nie mogą wskutek tego wywołać żadnego odczynu. Doświadczenia z precypityną dla mleka koziego wykazują jeszcze ściślejszą swoistość i precypityna ta znajduje chwytniki tylko w ustroju kozy, nie zaś w ustroju psa; ztąd w pierwszym przypadku następuje wytworzenie antyprecypityny, w drugim go brak. (Ciąg dalszy nast.).

III. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

Trzy przypadki potworów *(monstrum)* pod postacią braku czaszki *(acrania)*.

Podał

Dr. Władysław Dziewoński z Kęt.

Dnia 23 kwietnia b. r. o godzinie 6-tej wieczorem zawezwany zostałem do rodzącej S. Z., liczącej lat 21, mieszkającej w Czańcu.

Od samej pacyentki, oraz od jej otoczenia dowiedziałem się, że rodzi po raz pierwszy, że daty ostatniej miesiączki i pierwszych ruchów płodu dokładnie nie pamięta, ale że rodzi na czasie, że właściwe bóle porodowe wystąpiły dzisiaj o 11-tej przedpołudniem. Około godziny 12-tej w południe pękł pęcherz i wylała się dość obfitą ilość wód płodowych. Zawezwanej położnej nie pozwoliła się zbadać, wobec czego ta, uwzględniwszy prócz tego jej wygórowaną niecierpliwość i nieposłuszeństwo, nie chciała brać odpowiedzialność na siebie i zażądała pomocy lekarskiej.

Rodzącą znałem już dawniej i przed dwoma laty leczyłem ją na histeryę cięższego stopnia. Osoba kapryśna, niecierpliwa i nieposłuszna. Zbudowana dobrze, odżywiona również dobrze, w narządach wewnętrznych zmian żadnych. Ciepłota 36·8, tętno 80. W sutkach dziewiczych, dobrze rozwiniętych, klej w obfitej ilości. Powłoki brzuszne silnie napięte, niepodatne. Macica sięga na dwa palce poniżej wyrostka mieczykowatego, kurczy się silnie mniejwięcej co pięć do 10 minut, na co rodząca bardzo oddziaływa. W przerwie pomiędzy bólami można wybadać w macicy po stronie prawej ciało podłużne, twarde (grzbiet), zresztą mimo starannego badania ani główki, ani części drobnych płodu wyczuć nie było można, co odniosłem do silnego napięcia powłok brzusznych. Tętno płodu 140, silne, wyraźnie słyszalne po stronie prawej, nieco poniżej pępka.

Po należytem oczyszczeniu rodzącej, oraz własnych rąk, przystąpiłem do badania wewnętrznego: srom i pochwa zachowują się prawidłowo. Część pochwowa zanikła, ujście macicy rozwarte mniej, niż na srebrnego florena. W ujściu tem palec rozróżnia jakieś ciało o powierzchni nierównej, w jednem miejscu twarde, w innem miększe, a po stronie lewej w ciało to da się wsunąć palec nieco głębiej, jakby w usta. Po wyjęciu palca widać na nim skąpą ilość krwi.

Po badaniu tem zostałem chwilowo bezradny, nie wiedziałem bowiem, czem jest właściwie część poprzedzająca; ponieważ jednak stan rodzącej, oraz drożność dróg porodowych nie dawały wskazania do kończenia porodu, przeto zmuszony byłem czekać, a rodzinie oświadczyłem, że poród jest nieprawidłowy i że najprawdopodobniej dziecię rodzi się twarzą.

Około godziny 9-tej, a więc po $2^1/_2$ godzinach zbadałem rodzącą po raz wtóry. Ujście znalazłem znacznie więcej rozwarte, a po stronie lewej wyczułem jakiś drobny fałd, dość twardy, elastyczny: fałdu tego nie mogłem głębiej palcem obejść. Resztę ujścia wypełniało owo ciało wyżej opisane. Po raz trzeci zbadałem rodzącą około godziny 12-tej. Znalazłem już część poprzedzającą w pochwie, jednak wysoko, a ów fałd wyżej opisany po stronie lewej przedstawił się jako małżowina uszna.

Około godziny 1-szej zbadałem znów rodzącą, zmuszony jej niecierpliwością; — teraz prócz jednej małżowiny wyczułem i drugą, prawą, w wymiarze poprzecznym w bardzo blizkiej od siebie odległości, pomiędzy niemi ową zagadkową część poprzedzającą, o powierzchni nierównej, zbitości miejscami twardszej, miejscami miększej, a powyżej ku spojeniu łonowemu włosy główki płodu.

Teraz dopiero zacząłem myśleć o prawdopodobieństwie płodu potwornego.

Ponieważ rodząca prawie nic nie parła, przeto pouczyłem ją, jak ma sobie pomagać. I rzeczywiście dzięki silnym i częstym bólom partym w niespełna godzinę rozpoczęła się rozwierać szpara sromowa i w niej dostrzegłem jedną małżowinę uszną (lewą) i ową część poprzedzającą, pokrytą błoną barwy ciemno-wiśniowej, o rozszerzonych licznych żyłach, miejscami jakby gąbczastą.

Gdy jednak po upływie dwóch godzin pomimo silnych i częstych bólów partych poród nie postąpił, a nawet ciało to zaczęło się w głąb cofać, uwzględniwszy silne zmęczenie i wyczerpanie rodzącej, uznałem na wskazane założyć kleszcze. Założyłem je z łatwością i po dwóch silnych pociągnięciach wydobyłem główkę potwora *(monstrum)* na zewnątrz szpary sromowej. Wydobycie barków trwało długo i było bardzo mozolne tak, że zachodziła obawa o życie dziecka, które, oddechając głęboko, siniało. Łożysko w godzinę samo po lekkim ucisku odeszło wraz z błonami. Nieznaczne I-go stopnia pęknięcie krocza zeszyłem katgutem.

Potwór płci żeńskiej rozmiarami odpowiadał rozwojowi płodu donoszonego, nawet bardzo dobrze rozwiniętego. Na piersiach, plecach, brzuszku, kończynach dolnych i górnych, które były kształtne i symetryczne, nic nieprawidłowego nie zauważyłem. Na krótkiej szyjce była osadzona twarz i resztki głowy. Twarz nawet ładna, lecz oszpecona na wpół rozwartemi oczami, wysadzonemi ku przodowi, wystającym językiem i odstającemi drobnemi uszkami, w całości podana ku tyłowi i ku górze. Ponad gałkami ocznemi wązki brzeg kości czołowej, pokryty skórą prawidłową, podany ku tyłowi, skutkiem czego wydawało się, że gałki oczne są wysadzone ku przodowi. Zresztą brak kości czołowej, większej

części obu bocznych, oraz kości potylicznej blizko do guzowatości potylicznej zewnętrznej. Ubytek ten wielkości małej dłoni pokrywała błona miejscami cienka, leżąca bezpośrednio na podstawie czaszki, miejscami grubsza, gąbczasta, barwy ciemno-wiśniowej, mocno unaczyniona, obfitująca w grubsze żyły. Ta właśnie błona z nierównością tuż podstawy czaszki była częścią przodującą. Prawidłowa skóra otoczenia kończyła się ostro w okolicy tej błony, jedynie wązki różowy rąbek wskazywał na przejście skóry prawidłowej w ową błonę. W okolicy guzowatości potylicznej zewnętrznej mały kosmyk włosów ciemnych.

Naturalnie, jak z opisu wynika, brak makroskopowo spostrzegalnej istoty mózgowej.

Całość robiła wrażenie nader przykre: twarz bowiem podana ku tyłowi, pozbawiona sklepienia czaszki, wydawała się niezwykle drobną w stosunku do dobrze rozwiniętych barków i kończyn i mimowoli patrzącemu na ten dziwny wybryk przyrody nasuwało się podobieństwo do żaby. Potworny ten noworodek oddechał regularnie, dość szybko — i wydawał głos słaby, mruczący, nie przypominający niczem płaczu dziecka. Mleko pił i połykał łatwo, oddał dość obfitą ilość smółki i w drugim dniu po urodzeniu zmarł, — o czem w parę dni później dowiedziałem się.

Nieprawidłowy przebieg porodu z łatwością można sobie wytłómaczyć: — przedwczesne pęknięcie pęcherza odnieść należy do braku główki, a brak postępu porodu mimo silnych bólów partych tak, że kleszczami poród ukończyć musiałem, — do tego faktu, że przez miernie rozszerzone ujście macicy z łatwością sama twarz przesunąć się mogła, — nie mogły zaś tego uczynić barki znacznie od niej szersze, które z trudnością wydobyłem.

Drugi przypadek dotyczył 30-letniej M. D. również z Czańca; zawezwany zostałem do rodzącej dnia 12 lipca 1901 r. z powodu położenia pośladkowego płodu; przebiegu porodu nie mogłem obserwować, bo właśnie w chwili, gdy wchodziłem do domu rodzącej, rodził się płód. Przyszedł na świat naturalnie bez najmniejszej pomocy i ku wielkiemu zdziwieniu nas wszystkich jako potwór bezmózgowy, nieżyjący i niedający znaków życia; wielkością i rozwojem odpowiadał płodowi 7-miu miesięcy księżycowych. Potwór ten zupełnie przypominał wyżej opisany, różniąc się od niego jedynie wielkością.

Gdy po trzech kwandransach wyczekiwania łożysko nie odchodziło, a natomiast pojawiło się krwawienie zmacicy, które w krótkim czasie zmieniło się w dość obfity krwotok, zmuszony byłem po należytem oczyszczeniu się wprowadzić rękę do macicy w celu wydobycia łożyska, tembardziej, że sposoby zewnętrzne okazały się bezskutecznymi.

Wprowadziwszy rękę do macicy, stwierdziłem przedewszystkiem w tylnej jej ścianie guz wielkości pomarańczy, twardy, zbity, nieruchomy, nie bezpośrednio pod błoną śluzową leżący, lecz głębiej — w mięśniu macicy. Guz ten niewątpliwie był włókniakomięśniakiem. Łożysko, które jedynie w górnej swej części w dnie macicy było przyrosłe na małej przestrzeni, zresztą zaś w całości odklejone, z łatwością wraz z błonami usunąć się dało.

Rozpytując się następnie rodzącej o przebieg poprzednich porodów i t. d., dowiedziałem się, że przed trzema laty powiła dziecię, które przyszło na świat z jakimś guzem w okolicy kości krzyżowej, że dziecię to, gdy rok miało, poddała operacyi w szpitalu, po której zmarło. Czem był ten guz, trudno wiedzieć; możliwe jest, że przepukliną wodną rdzenia *(hydromyolecele)*, a więc był to także rodzaj potworności.

Jakie są przyczyny powstawania potworów bezmózgowych, to, jak wiadomo, sprawa ta dziś jeszcze zupełnie rozjaśniona nie jest; czy jednak w tym przypadku przyczyną nierozwinięcia się mózgu i kości głowy nie był ucisk owego włókniaka na wytwarzający się płód, jest to pytanie, które mimowoli na myśl się nasuwa, a na które mimo licznych prac z zakresu doświadczalnej teratologii (Dareste i inni), trudno odpowiedzieć.

Na dwa dni przedtem, t. j. 10 lipca 1901, na wezwanie c. k. Sądu powiatowego udałem się wspólnie z kolegą Drem Karolem Dworzańskim i z komisyą sądową do gminy Osiek w celu dokonania sekcyi dziecięcia. Doniesienie sądowe, zredagowane przez gminnego oglądacza zwłok, brzmiało w skróceniu: „Kobieta, będąca w ostatnich miesiącach ciąży, została silnie uderzona w brzuch, poczem porodziła dziecię nieżywe, na którego główce stwierdziłem dużą ranę“.

Był to również potwór bez głowy, odpowiadający wielkością około $8^1/_2$ mies. księżyc., wierna podobizna poprzednich, również jak tamte płci żeńskiej.

Naturalnie dokonaliśmy sekcyi, która wykazała zupełnie prawidłowy rozwój wszystkich narządów wewnętrznych i reszty kośćca.

Dodatkowo wspominam, że w Czańcu rodzi się przeciętnie 130—150 dzieci rocznie, zaś w Osieku 180—200, — oraz, że rozpytując się między położnemi dowiedziałem się, że żadna z nich takiego potworka przedtem nie widziała.

Ponieważ wogóle potwory należą do wielkich rzadkości, przeto uważałem za rzecz właściwą o tych trzech, przezemnie spostrzeganych, podać kilka słów do powszechnej wiadomości.

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. Ónodi (Budapeszt). **Die Anatomie und Physiologie der Kehlkopfnerven.** (Oscar Coblentz. Berlin, 1902).

Anatomia i fizyologia nn. krtaniowych były już nieraz przedmiotem badań tego autora. Książka niniejsza, opracowana z polecenia węgierskiej Akademii Umiejętności, przedstawia obecny stan nauki o inerwacyi krtani na podstawie gruntownych poszukiwań własnych autora i uwzględnienia w szerokim zakresie piśmiennictwa tego przedmiotu.

W pierwszej części roztrząsa O. anatomię i topografię nn. błędnego, dodatkowego, rozgałęzień i zakończeń nn. krtaniowych, wzajemny ich stosunek do siebie i do nerwu współczulnego, oraz do poszczególnych mm. krtaniowych. Wnioski swoje opiera on na badaniach historyi rozwoju; uwzględnia anatomię porównawczą, teorye i rozumowania fizyologiczne, wreszcie przedstawia różnice i odmiany w przebiegu, pochodzeniu i połączeniach (anastomozach). W drugiej części wyjaśnia autor różne i sprzeczne zapatrywania badaczy, tyczące się ośrodkowej inerwacyi krtani, podmózgowego *(subcerebral)* ośrodka fonacyi, czynności znaczenia fizyologicznego i różnych stopni pobudliwości, oraz odporności poszczególnych nn. i mm. krtaniowych, oparte na objawach klinicznych, doświadczeniach na zwierzętach i wynikach badań na zwłokach. Obok obszernie przytoczonych poglądów innych badaczy, znajdujemy także na własnych badaniach i spostrzeżeniach oparte, a ściśle uzasadnione osobiste zapatrywania i twierdzenia autora. Co do licznych i cennych wyników i wnioskowań Ónodiego, musimy ze względu na obszerność przedmiotu, a szczupłość miejsca, skierować czytelnika do oryginału. Szereg dobrze wykonanych rysunków przedstawia zawikłane nieraz stosunki anatomiczne, i znakomicie ułatwia ich zrozumienie.

Pomijając niektóre rażące błędy językowe, dzieło to posiada wysoką wartość naukową i zasługuje na uwagę zawodowców i na polecenie ogólne wszystkim, których ten przedmiot zajmuje. *Spira.*

V. Wyciągi.

Sobernheim. **Nowe doświadczenia z szczepieniem ochronnem przeciw wąglikowi.** *(Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 22, 1902). Na zasadzie badań przedwstępnych stwierdził autor, że można w zupełnie pewny sposób uodpornić owce i bydło rogate przeciw doświadczalnie wywołanemu wąglikowi, bądź to zapomocą pojedynczego szczepienia, bądź też skombinowanego: surowicą i ho-

dowlami drobnoustrojów (kulturami); uodpornienie takie okazało się trwałe nawet w przypadkach żywienia bydła prątkami wąglikowymi. Pierwszy raz przeprowadzono praktycznie te zasady na Pomorzu, gdzie wykonano 2700 szczepień, przyczem zaznaczać należy, że każda sztuka szczepionego bydła rogatego zniosła ten zabieg wcale dobrze, — żadna nie padła; korzystny wynik szczepień okazał się także i w ten sposób, że wszędzie tam, gdzie wąglik grasował, można natychmiast zarazę opanować. Również i z tych zwierząt, które uodporniano skombinowanym zabiegiem, żadne się nie rozchorowało przez cały 9-cio miesięczny czas obserwacyi, pomimo że w bliskości pojawiały się przypadki wąglika. W wielu przypadkach okazała się ta surowica także, jako skuteczny i niewątpliwy środek leczniczy. Oprócz tego, że każdą sztukę bydła raz tylko trzeba szczepić, ma to postępowanie jeszcze inne dobre strony wobec zabiegów zalecanych przez Pasteura. *Dr. Henryk Pisek* (Podgórze).

Bier: **O stosowaniu przekrwienia sztucznego w praktyce.** (*Therapie der Gegenwart,* 1902, Nr. II). Autor od przeszło 10 lat posługuje się przekrwieniem żylnem i tętniczem w różnych chorobach. Do wywołania przekrwienia tętniczego używa B. gorącego powietrza, do czego służą różne przyrządy, a według autora i świetlne kąpiele elektryczne działają w zasadzie podobnie do tych przyrządów. Dla lekarza praktyka B. poleca swoje skrzynie proste z suchego drzewa, które każdy stolarz i ślusarz według modelu zrobić potrafi. Do ogrzewania służy lampa spirytusowa, albo palnik Bunsena z kominem blaszanym Quinckego. Dla ochrony od gorąca i ognia skrzynie są napojone szkłem wodnem i wyłożone płótnem grubem, również napojonem szkłem wodnem. Odpowiednio do miejsca choroby skrzynie mają jeden lub dwa wykroje dla wprowadzenia i wyciągania chorych części ciała. Zamiast wykrojów można odpowiednie ściany skrzyni zastąpić batystem Mosetiga, który ściągamy jak mankiety naokoło chorego członka. Otwór w górnej ścianie skrzyni służy do wkładania ciepłomierza. Prócz tego każda skrzynia zawiera krótką rurę żelazną do zbliżania lub wprowadzania komina od lampy i za pomocą oddalenia komina, lub głębszego wprowadzenia go, regulujemy ciepłotę w przyrządzie. Dla ochrony chorego rura zostaje pokryta deszczułką, napojoną szkłem wodnem. Dla różnych części ciała i stawów skrzynie są odpowiednio zbudowane i autor dołącza różne rysunki. Asystent jego Dr Klapp złożył także przyrząd uniwersalny dla wszystkich części ciała, nadających się do użytku w szpitalach. Dr. Polano posługuje się stosowną skrzynią dla leczenia chorób kobiecych (demonstrowaną przez kol. Brejtera na posiedzeniu Tow. lek. lwow. w dniu 4/IV. b. r. *Sprawozd.*). Gorąco w skrzyniach potęguje się do stopnia, który chory jeszcze potrafi znieść bez jakichkolwiek dolegliwości; zresztą skóra powoli się przyzwyczaja i chorzy prawie zawsze znoszą gorąco do 150° C. Tylko czułe na gorąco palce u rąk i nóg należy owinąć watą, jeśli same nie są również miejscem schorzenia.

Skutek przekrwienia tętniczego, wywołanego gorącem powietrzem, jest następujący: 1) rozdzielający w złogach, zrostach i w stężeniach stawów, spowodowanych gośćcem przewlekłym i zniekształcającym, lub w uszkodzeniach i ich następstwach i t. d. Wystarcza tu stosowanie gorącego powietrza po 1—2 godzin dziennie. Przekrwienie daje co najmniej tesame wyniki, jak leczenie w zakładach mechano-terapeutycznych, a jest o wiele tańsze i mniej bolesne. W gośćcu przewlekłym potrzeba nieraz stosować gorące powietrze i kilka lat. 2) Skutek chłoniący w obrzękach miejscowych przewlekłych i słoniowacinie, w krwawych i wodnych wysiękach stawów; autor w ostatnim czasie zaczął leczyć wysięki stawu kolanowego z doraźnem wyleczeniem jedynie powietrzem gorącem, bez opatrunku ustalającego. 3) Przekrwienie tętnicze działa uśmierzająco w bolesnych stężeniach stawów i nerwobólach, jak w rwie kulszowej, postrzale i rwie nerwu trójdzielnego, wobec której kierujemy gorąco wprost z komina za pomocą lejka drewnianego na chorą stronę głowy, uchroniwszy wprzód oko opatrunkiem osłaniającym. 4) Powietrze gorące działa w pomyślny sposób pobudzająco na naczynia w schorzeniach żylakowych podudzia i w odmrożeniach. 5) Przypisywany w nowszych czasach gorącemu powietrzu wpływ bakteryobójczy odnosi się tylko do ran powierzchownych i autor ostrzega przed leczeniem gruźlicy stawów powietrzem gorącem. Po zastosowaniu gorąca chory jest spocony i bardzo zmęczony; należy go zatem wytrzeć do sucha, przebrać zupełnie i ma on spokojnie odpoczywać przez godzinę w ogrzanym pokoju; w ten sposób zapobiega się osłabieniu, jakoteż zaziębieniu.

Przekrwienie zastoinowe wywołuje się w ten sposób, że powyżej ogniska chorobowego przytwierdza się na podłożonej gazie opaskę gumową w kilku okręceniach tak mocno agrafką, że powstaje silny zastój żylny. By jednakże uniknąć zastoju w obwodowych częściach zdrowych, należy je podwójnie albo potrójnie zabandażować opaską płócienną albo flanelową, a dla uniknienia zaniku uciskowego przez opaskę gumową, zmieniać rano i wieczorem miejsce ucisku. Pierwszą zasadą w stosowaniu przekrwienia zastoinowego ma być wywołanie bardzo znacznego zastoju i obrzęku bez wszelkich bolów, co zresztą jest rzeczą wprawy. Źle założona opaska wywołuje wprost szkodliwy z a s t o j z i m n y, przyczem skóra jest siną lub marmurowaną i zimną, natomiast przy skutecznym z a s t o j u g o r ą c y m skóra jest sinawo-czerwoną, obrzękłą i ciepłą. Taki zastój przeciwnie uśmierza i zmniejsza bóle. Do stawu biodrowego nie udało się jeszcze Bierowi zastosować przekrwienia zastoinowego, natomiast stosuje je z dobrym wynikiem do stawu barkowego.

1. Przekrwienie zastoinowe pobudza do tworzenia się tkanki łącznej, kostniny (w stawach rzekomych) i do zgrubienia kości. 2. Wywiera ono wpływ bakteryobójczy w chorobach zakaźnych, a mianowicie: *a*) w gruźlicy stawów, gdzie albo każdej nocy, lub też co 2—3 dni należy na jeden dzień zastój przerwać i kończynę wysoko ułożyć. Ponieważ często podczas leczenia zastoinowego powstają ropnie gruźlicze, należy wtedy przerwać przekrwienia i leczyć ropnie wstrzykiwaniami do jamy ropnia mięszaniny z 10% gliceryny jodoformowej. W czasie leczenia zastoinowego B. stosuje ostrożne ruchy czynne i bierne i tylko, jeśli przekrwienie nie odnosi skutku, zakłada na kilka tygodni ustalający opatrunek gipsowy, albo leczy wstrzykiwaniami gliceryny jodoformowej. *b*) Gorące i bezboleśnie wykonane przekrwienie zastoinowe działa wybitnie w zapaleniach stawów rzeżączkowych, ropniczych i gośćcowych. W nocy przekrwienie należy przerywać zawsze z jednoczesnem wyższem ułożeniem kończyny. Jest to według autora najlepszy sposób leczenia rzeżączkowego zapalenia stawów. Większe otoki ropne stawów należy wprzód nakłóć i oczyścić karbolem i sublimatem. *c*) Bier leczy także z doskonałym wynikiem ciężkie ropówki początkujące, stosując przemiennie co 2 godziny przekrwienie uciskowe i ułożenie wysokie. *d*) Wreszcie od pewnego czasu próbuje autor zastoju gorącego w róży świeżej i osiągnął w 20 przypadkach wynik pomyślny. Zaniechać należy tej metody w przypadkach zapalenia ostrego, gdzie z powodu ciężkich zaburzeń w krążeniu grozi zgorzel części schorzałych. 3. Przekrwienie zastoinowe ma także wpływ rozdzielający, podobnie jak przekrwienie czynne, w zapaleniach przewlekłych i pogośćcowych, zniekształcających i urazowych stężeniach stawów. Lecz dla wessania rozdzielonych zrostów i złogów potrzeba jeszcze dalszego leczenia uciskowego po 8—10 godzin dziennie, dalej rozcierania powstałych obrzęków i ułożenia potem kończyny wysoko na 1—2 godzin, poczem na nowo należy nałożyć opaskę, działającą również uśmierzająco na ból. Także uporczywe wynaczynienia krwi dają się łatwo usunąć za pomocą przekrwienia żylnego, połączonego z mięsieniem. Autor zresztą zajmuje się obecnie ulepszeniem budowy przyrządów do leczenia przekrwieniem zastoinowem i osiąga tymi przyrządami doskonałe wyniki. Stosuje on także przekrwienie żylne na głowę, a to przez założenie opaski gumowej na szyi, co chorzy bardzo dobrze znoszą. Odniosło to doskonałe wyniki przeciw bólom głowy z niedokrewności i w dwóch przypadkach pląsawicy. Na tułowiu wywołujemy przekrwienie żylne bańkami i im podobnymi przyrządami ssącymi.

Dr. J. Fels.

Francis Murray. **Chirurgiczne leczenie czerwonki amebowej.** (*Annals of Surgery-Philad. Med. Journal* 4 stycznia 1902 r.). Przewlekła postać czerwonki amebowej, jak wiadomo, daje bardzo znaczny odsetek śmiertelności, gdyż nie posiadamy żadnych pewnych środków dla wstrzymania tej sprawy chorobowej. To też zasługuje na uwagę próba chirurgicznego leczenia, uwieńczonego powodzeniem w dotąd opisanych przypadkach pojedynczych.

Dr. Murray z New-Yorku poleca zastosowanie operacyi kolostomii pachwinowej prawej, która w następstwie daje jelitu grubemu zupełny wypoczynek i jednocześnie umożebnia lecznicze przepłókiwanie jelita zajętego.

Operacya nie zaleca się bynajmniej we wczesnych okresach choroby: do zabiegu chirurgicznego należy przystąpić dopiero po bezskutecznem wypróbowaniu w ciągu kilku miesięcy leczenia wewnętrznego. Oczywiście, kolostomia może być użyteczną tylko w tych razach, gdy sprawa chorobowa ogranicza się do jelita grubego. Jeśli krezka okrężnicy wstępującej jest za krótka, żeby można było utworzyć zupełny sztuczny odbyt, lub jeśli i wstępująca część jelita grubego jest zajęta sprawą wrzodziejącą, — w takim razie należy wykonać operacyę na jelicie biodrowem. Sztuczny odbyt trzeba zatrzymać przez długi czas, nim nie przekonamy się, że owrzodzenia w jelicie grubem zupełnie wygoiły się. Wyzdrowienie można stwierdzić przy pomocy rurek Kellyego, wprowadzonych do jelita odchodowego, lub do otworu rany. Autor objaśnia swój pogląd przytoczeniem historyi choroby pewnego pacyenta, liczącego lat 29, który cierpiał na czerwonkę amebową w ciągu dwu lat pomimo starannego leczenia w różnych szpitalach. Murray wykonał kolostomię pachwinową prawą i codziennie przepłókiwał jelito grube. Chory

począł odrazu poprawiać się i po trzech miesiącach od dnia operacyi mógł powrócić do swych zwykłych zajęć (krawiectwo) po dwuletniej przerwie.

W sześć miesięcy od chwili operacyi rana zupełnie zagoiła się, i pacyent zaczął pracować w swym zawodzie codziennie.

W danym przypadku otrzymano pomyślny wynik, chociaż chory nie zgodził się na utworzenie zupełnego sztucznego odbytu, tak że jelito grube nie miało prawdziwego wypoczynku.

Przypadek przytoczony był leczony przez Dra Murraya jeszcze w roku 1898 (i wtedy wykonana była operacya); w roku 1901 opisany został jeszcze jeden przypadek, mianowicie chirurg Barbat wykonał takąż operacyę (kolostomię) na chorym, który cierpiał na czerwonkę amebową w ciągu 28 miesięcy; i tym razem nastąpiło zupełne wyzdrowienie. *St. Rudzki.*

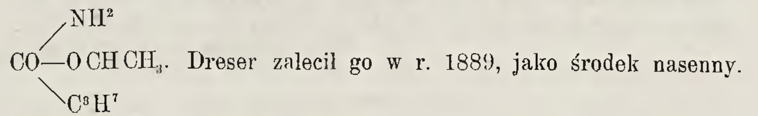
W. Turner. **Połączenie moczowodu przez pochwę.** (*Annals of Surgery Dec.* 1901 — *Philad. Medic. Journal* 4-go stycznia 1902 r.). Autor opisuje zajmujący przypadek, dowodzący możebności połączenia rozciętego moczowodu przez pochwę, po usunięciu macicy i przydatków tą samą drogą. Chora Turnera była operowaną z powodu zupełnego wypadnięcia macicy i pęcherza moczowego, przy znacznym przeroście i owrzodzeniu szyjki macicznej. Podczas wycinania macicy przez pochwę przypadkowo przeciął autor lewy moczowód w odległości dwóch cali od pęcherza. Po nieudałej próbie anastomozy według van Hooka operator postanowił dokonać operacyi Robinsona w odwrotnej postaci, t. j. włożyć dolny odcinek do górnego. Powiodło się to mu zrobić bez większej trudności i chora zupełnie wyzdrowiała po 5 tygodniowym pobycie w lecznicy. Przeciekania moczu z połączonego moczowodu nie spostrzegano ani razu. Autor nie znalazł w piśmiennictwie podobnego przypadku połączenia moczowodu przez pochwę. Sądzi on jednak, iż bardzo wątpliwem jest, ażeby taka operacya znalazła zastosowanie w wielu przypadkach. W jego własnym przypadku bardzo ułatwiło sprawę niezwykłe wypadnięcie pęcherza moczowego. *St. Rudzki.*

Józef Jaworski i St. Iwanicki. **O związku pewnych objawów ze strony nosa z narządami płciowymi kobiecymi.** (*Gazeta Lekarska* 17, 18, 1902). Autorowie używali metody Fliessa na bóle miesiączkowe w 73 przypadkach, badanych poprzednio ginekologicznie, rynologicznie, jakoteż co do stanu nerwowego. Sam sposób i technika wykonywane były ściśle podług rad i wskazówek Fliessa i Schiffa. Z 48 kobiet ze zmianami w narządach rodnych skutek był dobry w 66%; w 25-ciu przypadkach osiągnięto pod wpływem tego leczenia bez zmian w narządzie płciowym usunięcie bólów miesiączkowych. Nie oddziaływały wcale chore w trzech przypadkach, dotyczących dziewic: jedna miała odłuszczenie błony śluzowej miesiączkowe bez zapalenia śródmacicznego, druga była typową histero-epileptyczką, u trzeciej można było przypuszczać z wywiadów istnienie miesiączki utrudnionej wskutek zwężenia przewodu rodnego. Badania rynologiczne wykazały we wszystkich przypadkach tylko stan przekrwienia i przerostu, oraz większą wrażliwość na dotknięcie miejsc płciowych (*Genitalstellen*) nosa podczas miesiączki. Wszystkie choroby wypróbowały dawniej różnych innych, używanych w tym celu środków farmakologicznych, lecz bez skutku.

Metoda ta może zatem oddać rzeczywistą, niczem nie zastąpioną przysługę, przedewszystkiem w przypadkach wolnych od chorób narządów rodnych, następnie w pewnej liczbie przypadków z mniej rozległemi zmianami. Najniewdzięczniejsze pod względem leczniczym okazują się stare, lub zaostrzające się sprawy rzeżączkowe, nawroty popołogowych spraw zapalnych, odłuszczenie błony śluzowej i bóle w podbrzuszu i w krzyżach w okresie pozamiesiączkowym. Najtrwalsze wyniki zapewnia elektroliza i galwanokaustyka, stosowane na wiadome miejsca w nosie. *Spira.*

Dr. Goldman (Łódź). **Przyczynek do nauki o śmiertelnych krwotokach po cięciu tchawicy.** (*Czasopismo lekarskie* Z. 4 i 5, 1902). Przytoczywszy po krótce piśmiennictwo tego przedmiotu i opisawszy dwa przez siebie spostrzegane przypadki śmiertelnego krwotoku po tracheotomii, podaje autor środki zapobiegawcze. Cięcie tchawicy dolne ma być możliwie wysoko wykonywane; cięcie części miękkich możliwie małe; wybór odpowiedniej rurki taki, żeby stykanie się jej z błoną śluzową tchawicy było niemożliwe Takie objawy, jak: domieszka krwi do wydzielin, wydzielanie się przez rurkę obumarłych tkanek, zabarwienie na czarno dolnego końca rurki, uporczywy kaszel, bóle przy łykaniu, kaszlu i przeginaniu głowy, dalej pogorszenie ogólnego stanu dziecka, podwyższenie ciepłoty ciała — powinny zwracać uwagę lekarza i wymagają usunięcia drażniącego ciała, t. j. rurki, względnie zastąpienia jej przez inną, dłuższą lub krótszą, albo przez miękki zgłębnik. Do przyczyn takiego krwawienia zaliczyć należy posokowate lub odleżynowe owrzodzenie rany tchawicznej i przedziurawienie ściany naczynia sąsiedniego, przeważnie tętnicy bezimiennej, albo owrzodzenie naczyń drobniejszych lub miąższu gruczołu tarczykowego; w ostatnim razie sumowanie się drobnych krwawień może być przyczyną śmierci, jak to się stało w jednym przypadku autora. *Spira.*

Łampsakow. **Wpływ hedonalu na ustrój zwierzęcy.** (*Rozprawa na stopień Dra medycyny.* Petersburg, 1902). Ł. badał w farmakologicznej pracowni profesora Krawkowa (Petersburg) działanie hedonalu. Lek ten jest metylpropylkarbinoluretanem



Rzeczywiście, doświadczenia Ł., dokonane na żabach, królikach i psach wykazały, że działanie nasenne hedonalu przewyższa 4 razy działanie uretanu. Dawki terapeutyczne hedonalu obniżają ciśnienie krwi bardzo nieznacznie; natomiast dawki trujące obniżają je w wysokim stopniu, wywołując zupełne porażenie ośrodków naczynioruchowych. Wogóle ośrodki naczynioruchowe ulegają pod wpływem hedonalu powolnemu porażeniu, jak tego dowodzą doświadczenia Ł. Jeśli jednak pomimo tego ciśnienie krwi obniża się bardzo mało, hedonal zawdzięcza to zawierającej się w nim grupie amidowej NH, która, jak wogóle połączenia amoniakalne, podnieca czynność serca. Rzeczywiście naciskanie aorty brzusznej u psów, znajdujących się pod wpływem nawet trujących dawek hedonalu, podnosi w tym samym stopniu ciśnienie krwi, jak i u zwierząt prawidłowych. Częstość skurczów serca pod wpływem hedonalu przyspiesza się, co zależy od podniecającego działania NH^2 na serce i od rozszerzenia naczyń, wywołanego porażeniem ośrodków naczynioruchowych; energia skurczów nie zmniejsza się. Oddechanie staje się mniej głębokiem i rzadszem; wymiana gazów nie ulega zmianie. Czynność odruchowa rdzenia kręgowego pod wpływem hedonalu powoli się obniża i znika zupełnie przy użyciu wielkich dawek. Obniża on stopniowo i czynność mózgu. Zatem hedonal wywiera działanie porażające na cały ośrodkowy układ nerwowy: u zwierząt o ciepłocie stałej dawka 0,4—0,5 na kilo wagi wywołuje zupełne uśpienie z utratą wszelkiego rodzaju czucia. Doświadczenia Ł. wykazują wreszcie, że hedonal, w małych dawkach podany przed uśpieniem chloroformowem, znosi okres podniecenia podczas chloroformowania i przyspiesza sen.

Na chorych Ł. stosował hedonal w 6 przypadkach uporczywej bezsenności, w tej liczbie raz u chorego z wodogłowiem wewnętrznem przewlekłem, raz w histeryi, 1 w wiądzie rdzenia, 1 w zapaleniu przewlekłem opon rdzeniowych i 2 w nerwobólach. Hedonal podawał autor w proszkach w dawce 1,0—2,0 koło godziny 9-tej wieczorem. W 5 przypadkach działanie jego było skutecznem: sen spokojny trwał 7—8 godzin; jedynie w przypadku wiądu rdzenia z silnymi bólami strzelającymi sen był krótkotrwały (2—4 godzin), nawet po dawce 2,0. Wszyscy chorzy znosili hedonal bardzo dobrze. (W naszem piśmiennictwie spostrzeżenia nad hedonalem ogłosili Dr. Biochocki: w „Gazecie lekarskiej" 1900, Nr. 48; Zajączkowski: w „Przeglądzie lekarskim" 1901, Nr. 3—4 i Opolski: w „Przeglądzie lekarskim" 1901, Nr. 18). Własne, co prawda nieliczne spostrzeżenia przemawiają na korzyść tego leku w bezsenności u chorych na niedomogę nerwową (*neurastenia*); w bezsenności zaś, wywołanej przez silne bóle, skuteczniej wpływają środki kojące. (*Sprawozdawca*). *Witold Orłowski.*

Dibajłow. **Spostrzeżenia nad działaniem oksykamfory.** (*Wraczebnaja Gazeta* 1902, Nr. 14). Oksykamfora jest, jak wiadomo, kamforą, w której jeden atom wodoru jest zastąpiony przez grupę hidroksylową. W dawce 1,0 na dobę ma ona usuwać duszność w schorzeniach serca, płuc i nerek. Najczęściej używa się 50% wyskokowy rozczyn oksykamforowy, zwany „oksaforem", w ilości 40 kropel, co odpowiada 1,0 oksykamfory. D. stosował ten lek w dwóch przypadkach u chorych na serce (niedomykalność zastawek półksiężycowych tętnicy głównej w jednym i niedomykalność zastawki dwudzielnej w drugim), lecz w obydwóch razach zupełnie bezskutecznie. Żadnego nieprzyjemnego ubocznego działania D. nie spostrzegał. Wobec jednak nadzwyczaj wysokiej ceny i nieprzyjemnego smaku D. odradza używania tego leku. *Witold Orłowski.*

Ładyszeński (Rostow). **Przyczynek do forsownego odżywiania chorych durowych.** (*Wiener med. Presse* Nr. 21 i 22, 1902). Autor w 5-ciu przypadkach duru brzusznego odstąpił od normy przestrzegania najściślejszej dyety, a podawał swym chorym zwykły codzienny pokarm mięszany (kawę, herbatę, mleko, mięso, ziemniaki, jaja, owoce i t. p.), i mimoto otrzymał dobre wyniki. Spostrzeżenia więc swoje streszcza w następujących wnioskach: 1) obfite, forsowne odżywianie nie miało najmniejszego wpływu na przebieg ciepłoty ciała; 2) nie przedłużało, ani nie skracało czasu

trwania choroby, nie wywoływało żadnych powikłań ze strony przewodu pokarmowego, ani innych narządów, nie zauważono również odleżyn; 3) przeciwnie dyeta mięszana przyczyniła się do zatrzymania rozwolnienia i korzystnie wpływała na jakość wypróżnień; 4) stan chorych był pod wpływem mięszanej a dostatecznej dyety wyraźnie lepszy: chorzy nie robili wrażenia ciężko cierpiących, byli w stanie siedzieć w łóżku, nawet wstać i dłuższy czas bez zmęczenia rozmawiać; — 5) okres zdrowienia był o wiele krótszym, przyczem chorzy po przebyciu choroby nie przedstawiali obrazu ogólnego wynędznienia, jak to zwykle po ścisłej dyecie durowej bywa.

Dr. Henryk Pisek (Podgórze).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Wydział lekarski Towarzystwa Dobroczynności w Petersburgu.

II-gie posiedzenie ogólne w dniu 13 maja 1902.

Obecnych członków 37, gości 3.

I. Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z posiedzenia ogólnego w dniu 8 kwietnia, prezes dr. Strawiński poświęcił gorące słowa zmarłemu członkowi drowi Bolesławowi Michałowskiemu, którego pamięć uczczono przez powstanie.

Następnie prezes zaprasza wśród oklasków zgromadzenia prof. Jana Mierzejewskiego na honorowego prezesa posiedzenia.

II. Proj. Mierzejewski wygłasza w treściwem i barwnem przemówieniu wspomnienie pośmiertne ś. p. Jana Balińskiego i charakteryzuje zmarłego profesora, jako człowieka wogóle, a w szczególności jako profesora i psychiatrę, »sługą obłąkanych«. Pamięć zgasłego profesora uczczono przez powstanie.

III. Dr. W. Orłowski poświęca krótkie wspomnienie pośmiertne zmarłemu członkowi filii lekarskiej, dr. B. Michałowskiemu.

IV. Dr. Z. Orłowski wygłasza odczyt pod tyt.: »Wpływ arsenu na rozwój i skład chemiczny kropidlaka czarnego *(Aspergillus niger)*«. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi zabiera głos prof. St. Zaleski: W ostatnim czasie nagromadzają się w biologii fakta, które są niezgodne z poglądami naszymi na przetwory trujące i rzucają na nie nowe światło. Istotnie okazało się, że fenol, zabójczy w dawkach dużych, w małych podtrzymuje życie drobnoustrojów i jest nawet niezbędny dla prawidłowego rozwoju w przewodzie pokarmowym niektórych z tych drobnoustrojów; żelazo znajduje się w niewielkiej ilości, jako część składowa we wszystkich komórkach, zarówno w świecie zwierzęcym, jak i w roślinnym; jest ono dla nich niezbędne niemniej od tlenu; tymczasem w dużych dawkach żelazo ma własności trujące. To samo stosuje się i do arsenu.

W niewielkich ilościach nie tylko nie posiada on własności trujących, lecz owszem podnosi energię życiową, jak tego dowodzą arsenożercy (w Styryi), a także takie fakta, jak posługiwanie się arsenem przez hodowców koni, dla dodania im lepszej maści i połysku. W ostatnich czasach Armand Gauthier wypowiedział przekonanie, że arsen stanowi nieodzowną część składową ustroju ludzi i zwierząt, lecz twierdzenie jego nie zostało jeszcze ogólnie przyjęte. Wszystkie te i tym podobne fakta wskazują, że dzisiejsze pojęcie o truciznach, mianowicie, że w przyrodzie istnieją bezwzględne substancye trujące, nie ma prawa bytu. Badania prelegenta, przeprowadzone na tak mało złożonym ustroju, jakim jest kropidlak, stwierdzają również, że t. zw. trucizny (w danym razie arsen) sprzyjają w małych dawkach rozwojowi ustrojów. Prelegent więc swojemi ścisłemi badaniami wprowadza naukę o truciznach na nowe tory, za co mu należy się szczere podziękowanie (oklaski). Szkoda tylko, że prelegent nie przeprowadził doświadczeń jeszcze i z kwasem arsenawym (As_2O_3); doświadczenia takie uzupełniłyby wyniki, które otrzymał przy badaniach arsenianem sodowym.

Dr. Witold Orłowski: Ogromną zasługę prelegenta stanowi ta okoliczność, że dał on niezbite dowody stałości składu chemicznego kropidlaka czarnego: bez wątpienia zdanie to należy rozciągnąć i na wszystkie inne ustroje, wbrew poglądowi, panującemu w obecnej chwili w nauce. Następnie badania prelegenta wskazują, że arsen w małych dawkach podnosi znacznie życiową energię; wobec tego staje się zupełnie zrozumiałem skuteczne działanie jego w niektórych stanach chorobowych, przedewszystkiem w przewlekłej zimnicy, w gruźlicy i t. d. Co prawda, niektórzy klinicyści nie przyznają arsenowi w tych schorzeniach wybitnego znaczenia leczniczego, lecz osobiste moje spostrzeżenia w ciągu ostatnich lat 7 na ogromnym materyale, dotyczącym uporczywej zimnicy na Kaukazie, przemawiają na korzyść skuteczności tego leku. W gruźlicy zaś arsen był stosowany już oddawna; w ostatnim czasie gorąco go poleca w tym celu Gauthier. Wreszcie badania prelegenta wykazują, że kropidlak, wyhodowany na pożywce, zawierającej największą ilość arsenu, co jest możliwem tylko w razie stopniowego zwiększania ilości arsenu w pożywce, po przeniesieniu go na pierwotną pożywkę, nie zawierającą wcale arsenu, daje rozwój jednakowo bujny, jak i kropidlak, nie hodowany wcale na pożywce arsenowej. Wobec tego należy przypuszczać, że i w ustrojach więcej złożonych można także bezkarnie po dużych dawkach arsenu odrazu odstawiać ten lek bez stopniowego jego zmniejszania. Liczne spostrzeżenia osobiste na chorych przemawiają istotnie za tem.

Prof. Zaleski: Leczenie »par force« dużemi dawkami arsenu w zimnicy może być szkodliwem; przynajmniej na samym sobie stwierdziłem podczas takiego leczenia znaczne osłabienie pamięci.

Prof. Mierzejewski: W pracowni kliniki chorób umysłowych były w swoim czasie przeprowadzone badania wpływu arsenu na pierwiastki nerwowe. Okazało się, że arsen nie jest pod tym względem przetworem niewinnym. Owszem wywołuje on zmiany w komórkach nerwowych; komórki tracą substancyę chromatyczną, czasami zaś znikają zupełnie. Najwybitniej te zmiany chromatolityczne są wyrażone w górnym splocie nerwu błędnego, potem w splotach międzykręgowych, w dużych komórkach przednich rogów rdzenia pacierzowego i w sferze psychoruchowej; najmniej ulegają zmianom komórki w płatach potylicznych. Ponieważ jednocześnie ulegają zmianom i wyrostki komórek, to oczywiście pod wpływem arsenu mogą występować zaburzenia czynności ośrodków mózgowych, a więc i osłabienie pamięci.

Prezes Dr. Strawiński wyraża prelegentowi w imieniu zgromadzenia podziękowanie za odczytaną pracę.

Na tem posiedzenie naukowe ukończono. Po 10-minutowej przerwie nastąpiło posiedzenie administracyjne. *Witold Orłowski.*

VII. Ginekologia Galena.

Studyum ginekologiczno-historyczne.

Napisał

Dr. Jan Lachs.

Wstęp.

Ze śmiercią Hipokratesa powstała dla medycyny nowa epoka w jej rozwoju. Ziarno, które on zasiał, a któreby mogło obfity plon wydać, gdyby Hipokrates miał godnych następców, musiało długo na takich czekać i odłogiem leżeć. Dogmatycy bowiem, uprawiający kult Hipokratesa, sądzili, że pamięci swego mistrza wyświadczą największą przysługę, jeżeli nauki przez niego szerzone zamkną w pewne nienaruszalne prawidła, nie pozwalając nic do nich dodać, ani też z nich czegokolwiek ująć. Naturalnie, że rozwój medycyny na tem bardzo ucierpiał, a wyznawcy tej szkoły skazali się sami już z góry na przedwczesną martwotę, nie rozumiejąc intencyi swego mistrza. Dlatego wcześnie im też wypadło z ręki berło, jakie im ich mistrz pozostawił. I zdawało się, że nauki przyrodnicze, a z niemi i medycyna, pozostaną bez przewodnika, gdy wtem zjawił się słynny filozof ze Stagiry ze swoim nowym sposobem badania i tłómaczenia zjawisk przyrodniczych. Co jednak dla teoretycznej filozofii mogło być dostatecznem, nie wystarczało bynajmniej dla nauk przyrodniczych, a szkoła jego, perypatetyczną zwana, wydając dużo zgubnych dla medycyny owoców, dźwiga na sobie winę niejednego wieku zacofania w medycynie.

Szkoła, która już sama w sobie nosiła zarodek śmierci, musiała podupaść jeszcze o tyle wcześniej, że w Aleksandryi powstała inna, która za główne zadanie postawiła sobie wyzyskanie jej słabych stron, t. j. uprawianie badania przedmiotowego, a w pierwszym rzędzie anatomii, a to nie zwierząt, lecz anatomii ciała ludzkiego.

Z owych czasów nie doszło nas niestety prawie nic. Sądząc jednak z tych szczątków, które się utrzymały, musimy przyznać, że były to świetne czasy, w których Erasistratus i Herofilus działali, że anatomia zawdzięcza im niejednę zdobycz, a ginekologia posunęła się naprzód.

Żadna jednakowoż nauka nie jest w stanie utrzymywać się na stałej wyżynie. Jak wszystkie nauki inne, będące w drodze rozwoju, tak i medycyna przebywała różne okresy, wznosząc się na pewną wysokość i opadając następnie. Lecz i upadek niezawsze dowodzi zastoju: owszem może on zajść mimo twórczej pracy, w której bierze często udział wiele dzielnych sił, jeżeli wynik ich działania nie dorównywa tylko poprzednim świetnym zdobyczom. Tak też było i ze szkołą aleksandryjską. Wśród najświetniejszej jej działalności zwracało się wielu do zasad Hipokratesa, którego chwalebnej pamięci nie potrafiły najświetniejsze czasy następne zatrzeć. Z zestawienia prac szkoły aleksandryjskiej z dogmatami, tak święcie przez dogmatyków strzeżonymi, powstała nowa szkoła t. zw. empiryków, która zatem jest wynikiem i wyrazem starcia dogmatyków i aleksandryjczyków. Nie były to najświetniejsze czasy w rozwoju medycyny, w których otwarcie głoszono zasadę, że nie czynnik etyologiczny odgrywa ważną rolę, lecz że wynik wieńczy dzieło lekarskie: *„quia non intersit, quid morbum faciat, sed quid tollat“* (Celsus. Medicina. Praef.[1]). Natomiast były to czasy największego tryumfu lekoznawstwa, czego przytoczona właśnie cytata, jakoteż niemniej i następująca, najbardziej dowodzą *„morbos autem non eloquentia, sed remediis curari“* (Celsus. ibid.). Rozpadu tego w poglądach lekarskich nie potrafiło już nic więcej powstrzymać. Ziarno niezgody rzucone pomiędzy lekarzy starożytnych wydało bardzo obfity plon, a na nauce naszej odbiło się to najlepiej, gdyż pobudzało do myślenia. I tak powstali metodycy, którzy uwzględniali stosunki fizyologiczne i przyjmowali dla wytłómaczenia wszystkich stanów patologicznych pewien fizyologiczny „tonus“, którego zmiana *in plus* lub *in minus* powodowała stany chorobliwe, określone jako „status strictus« względnie „laxus“ lub też „mixtus“, gdy obydwa te stany równocześnie obok siebie istniały. Wszystkie te stany razem wzięte stanowiły t. zw. „communitates“.

Skoro się więc jedna szkoła już wyłoniła, to nic dziwnego, że wkrótce obok niej znowu powstała inna, nowa, bo umysł ludzki nigdy nie odpoczywa w ustawicznej pracy. „Communitates“ metodyków były zupełnie dowolnie przyjęte. Ówczesna znajomość fizyologii wcale ich nie wytłómaczała. Nic ich wogóle nie usprawiedliwiało. Zły jednak przykład, który szkoła metodyków dała przez samowolne, niczem nie wytłómaczone wygłaszanie zupełnie nie istniejących pewników, pobudził i innych lekarzy do targnięcia się na wytłómaczenie zjawisk życiowych; i kiedy się toczyła najbardziej zażarta walka między empirykami a metodykami, wystąpili na arenę pneumatycy, według których „primum movens“ wszelkich czynności życiowych stanowi „pneuma“ w różnych swoich formach. Jak widzimy istniały i ścierały się ze sobą równocześnie trzy stronnictwa lekarskie. Każde z nich miało pretensye do ogólnego uznania, każde było przekonane, że słuszność i prawda po jego stronie, a jednak każde zawierało jej zaledwie szczyptę, a resztę przyjmowało zupełnie samowolnie. A jednak nie można było na oślep do żadnego stronnictwa przystąpić; wybór więc dla ludzi myślących był bardzo trudny, i ztąd pochodzą t. zw. „eklektycy“, którzy się starali powaśnione szkoły między sobą pogodzić.

Jak różnica między zapatrywaniami dowodzi postępu, gdyż świadczy o tem, że ludzkość myśli, tak zgoda na każdym punkcie przemawia zą zastojem. Dlatego życzymy sobie wprost różnicy zdań, o ile ich wymiana odbywa się w granicach dozwolonych. Tak się jednakowoż nie działo pomiędzy wymienionemi szkołami, które się stały wprost stronnictwami. Najbardziej ucierpiała na tem sama nauka lekarska. I zdawało się, że nic już nie potrafi medycyny wyrwać z tego zamętu, gdy na kresach państwa rzymskiego w roku 130 po Chr. ujrzał światło dzienne w Pergamos Klaudyusz Galenus. Jemu przeznaczonem było pchnąć medycynę na nowe tory i założyć pod nowy gmach podwalinę, na której stała, albo raczej spoczywała niezachwiana przez nikogo aż do wystąpienia Wesala.

Galen był synem architekta Nikona, od którego odebrał pierwsze wykształcenie, szczególniej w matematyce, okazując do niej szczególniejsze zamiłowanie. Jak u wielu starożytnych słynnych ludzi, tak i w jego życiu sen odgrywał wielką rolę. Sen bowiem jego ojca rozstrzygnął o zawodzie lekarskim Galena; gdyż on spowodował, że młody Galen zaczął uczęszczać na wykłady lekarskie w mieście rodzinnem, a w cztery lata później po śmierci swego ojca, udał się dla dalszych studyów do Smyrny i do Koryntu. Zaopatrzywszy się w dostateczne zasoby naukowe, odbył podróż przez Małą Azyę do Palestyny. Z Palestyny udał się dla ukończenia studyów do słynnej z prac anatomicznych Aleksandryi, która wycisnęła najwybitniejsze piętno na przyszłym lekarzu. Powróciwszy do miasta rodzinnego, objął urząd lekarza przy szkole gladyatorów, który pełnił w ciągu sześciu lat, po upływie których wyjechał do Rzymu. Lecz i tu nie zatrzymał się długo, gdyż zraziwszy sobie swoimi odczytami wielu lekarzy rzymskich, musiał opuścić to miasto, a zwiedziwszy różne okolice Włoch i wyspę Cypr, powrócił do grodu rodzinnego. Wkrótce jednak, po niespełna roku, powołał go Cesarz Marek Aureliusz do Rzymu i wezwał do towarzyszenia sobie w wyprawie przeciw Markomanom; a gdy on zaszczytnego dla siebie wezwania nie przyjął, poruczył mu cesarz opiekę lekarską nad synem Commodusem w Rzymie. Tutaj, lub może nawet w Pergamos, umarł Galen, prawdopodobnie w roku 201.

A zatem o losach i dziejach życia Galena jesteśmy stosunkowo dokładnie poinformowani, gdyż prawie wszystkie ważniejsze okoliczności, odnoszące się do jego przeszłości, przekazał nam on sam w licznych swoich pracach i te stanowią najważniejsze źródło dla badaczy historyi medycyny z czasów Galena; opierając się jedynie na nich, możemy sobie wyrobić dokładny obraz o jego pismach i życiu. Z nich się dowiadujemy, że umiał być wdzięcznym synem, i że wdzięczność dla ojca swego, znakomitego pedagoga, przez całe życie zachował. „Patrem habui qui adamussim teneret graecam linguam, essetque doctor et pedagogus graecus“. Przez niego zachęcony, oddawał się od pierwszej młodości studyom dzieł starożytnych „a puero in veterum versatus sum libris“ (Galeni „De pulsuum differentiis“ lib. II, cap. V, Kühn VIII).

Studya te wzbudziły wcześnie w Galenie zamiłowanie do filozofii „non enim heri aut nudius tertius, sed statim ab adolescentia philosophiae studio capti primum nos ad eam contulimus“, a wkrótce potem zwrócił się, ulegając woli ojca swego do studyów lekarskich. Jako człowiek pracy oddał się im z całym zapałem młodzieńca, nie zaniedbując bynajmniej studyów filozoficznych „mox patris evidenti insomnio moniti ad medicinae studium excolendum venimus ac per totam vitam operibus magis quam verbis utrique studio incubuimus“ (methodi medendi libri IX, cap. IV, K. X[2]).

(Ciąg dalszy nastąpi).

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 31 lipca.

* Kurs dla lekarzy, zarządzony przez Wydział lekarski Uniw. Jagiell., zakończył się ku zupełnemu zadowolnieniu lekarzy, a powodzeniem swojem stworzył pomyślny precedens dla utrwalenia u nas

[1]) Aur. Corn Celsi »De medicina« libri octo; cura et studio Th. J. ab. Almeloveen Basileae 1748.

[2]) Dla łatwiejszego zrozumienia będziemy przytaczali Galena i Hipokratesa w przekładzie łacińskim Kuhna.

tej instytucyi nazawsze. Wiemy i rozumiemy, jak wiele i dla czego zależało prelegentom na powodzeniu kursów: niemożebne dla nas stosunki w uniwersytetach niemieckich poniekąd nakazywały wytworzenie źródła tej uzupełniającej nauki w wszechnicach własnych; początek zrobiony przez grono profesorów krakowskich daje wszelką rękojmię, że od tej pory kursa dla lekarzy w obu naszych wszechnicach odegrają poważną i pożyteczną rolę, lekarze polscy znajdą u siebie korzystne i życzliwe źródło dla uzupełnienia swej wiedzy, a natomiast unikną objawów nienawiści, od której nie wolne są niestety i uniwersytety niemieckie.

* Stopień doktorów wszech nauk lekarskich otrzymali w Uniwersytecie Jagiell.: Walenty Bader i Maksymilian Dorfner; w Uniwersytecie lwowskim: Ludwik Daum i Piotr Kuśnierczyk.

* W Kijowie powstało Towarzystwo dla walki z gruźlicą na Rusi. Zarząd m. Kijowa ofiarował na potrzeby sanatoryum 17 dziesięcin lasu, będącego własnością miasta, oraz po 5000 rubli rocznie. Prezesem zarządu tego Towarzystwa wybrany został prof. Tryczel.

* Kasa chorych w Gracu zrobiła podanie do namiestnictwa styryjskiego o pozwolenie założenia własnej apteki. Namiestnictwo, a następnie ministerstwo dały odpowiedź odmowną. Natomiast trybunał państwa wydał orzeczenie zasadnicze, że takie zakładanie własnych aptek przez Kasy chorych — nie sprzeciwia się prawu. Jest to nowy cios dla zawodu aptekarskiego.

* Prof. farmacyi w wojskowo-lekarskiej Akademii w Petersburgu, dr. Przybytek, po wysłużeniu zakreślonych prawem 25 lat otrzymał propozycyę pozostania na katedrze jeszcze lat pięć.

* Akademia lekarska w Brukseli wzięła na siebie trud ułożenia międzynarodowej farmakopei. Wszystkie państwa europejskie i Stany Zjednoczone północnej Ameryki uznały potrzebę ustanowienia wspólnych norm dla silnie działających przetworów leczniczych. D. 15 września zbierze się w Brukseli pierwsza międzynarodowa konferencya dla porozumienia się w tej sprawie.

* Skargi na krzyczące nieporządki w berlińskim szpitalu Charité, mianowicie w oddziale dr. Schwenigera zakończyły się złożeniem z urzędu tego prymaryusza. Dr. Schweniger został natomiast sowicie wynagrodzony, gdyż ku zdziwieniu a nawet oburzeniu profesorów berlińskiego uniwersytetu ministeryum mianowało go profesorem historyi medycyny i patologii ogólnej. Lekarska prasa niemiecka wyraża wielkie niezadowolnienie z tego powodu.

* Kongres (XV) francuskich chirurgów zbierze się 15 października b. r. w Paryżu.

* Między 9 a 15 lipca b. r. doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: drohobyckim (1 gmina), kałuskim (1 gm.), kamioneckim (1 gm.), mościskim (2 gm.), nadworniańskim (1 gm.), peczeniżyńskim (1 gm.), podhajeckim (1 gm.), wadowickim (1 gm.), tłumackim (2 gm.), złoczowskim (2 gm.).

Wszystkich przypadków duru osutkowego w tygodniu sprawozdawczym było 29; w tygodniu przedostatnim 68.

* *Błąd druku.* W Nr. 30, str. 448, szpalta II-ga, w 8 wierszu od dołu w miejsce *„folliculitis"* ma być *„folliclis"*.

Mianowania i odznaczenia. Profesorowie nadzwyczajni: W. Rot i Spiżarnyj mianowani: prof. zwyczajnymi w Moskwie, pierwszy chorób nerwowych, drugi chirurgii. Docenci niemieckiego Uniwersytetu w Pradze: Knapp (położnictwo i ginekologia), Kleinhaus (położn. i gin.) i Schloffer (chirurgia) mianowani profesorami nadzwyczajnymi. Doc. Pfister mianowany został profesorem nadzwycz. psychiatryi w Freiburgu.

Nekrologia. W Berlinie zakończył życie w 69 roku prof. Karol Gerhardt, znany klinicysta i pisarz; zmarły położył wielką zasługę wydaniem najlepszego i najgruntowniejszego do tej pory podręcznika pedyatryi »Handbuch der Kinderkrankheiten«, w podręczniku zaś Nothnagla opracował dział »Geschwülste des Kehlkopfes«. Dr. Reiss, prof. szczeg. patologii i terapii, zmarł w 73 r. życia w Kopenhadze. Dr. Maizner, b. prof. położnictwa, zmarł w Klausenburgu. Dr. Curnow, prof. kliniki lekar. w Kings College, zmarł w Londynie.

Bibliografia:

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 7. Brzeziński: O postępowaniu lekarskiem przy uszkodzeniach fabrycznych. Fidler: Projekt pomocy lekarskiej gminnej w gub. Radomskiej (dok.). Serkowski: O badaniu przez lekarzy produktów spożywczych, dostarczanych do szpitali (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 30. Kossobudzki: Przyczynek do kazuistyki urazów klatki piersiowej (ucisk klatki piersiowej, zbiór objawów Pethesa). Nikołajew: Fotografowanie dna oka u zwierząt (dok.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 30. Bernhardt: Sarcoma idiopathicum multiplex en plaques pigmentosum et lymphangiectodes, odrębna postać t. zw. sarcomatosis cutis. Róbin: Badania nad zachowywaniem się czynności żołądka w różnych okresach syfilisu. Ciechomski: Przyczynek do leczenia bliznowatych zwężeń przełyku (dok.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 30. Brejtman: O příjičnych onemocněnich srdce. Kose: O léčbě arteriosklerosy (dok.).

— *La Presse médicale* Nr. 58. Launois: Ksawery Bichat (1771—1802), jego życie, dzieła i wpływ na nauki biologiczne.

— Nr. 59. Chantemesse: Drobnoustrój czerwonki epidemicznej. Desfosses: Rozmaitość ras i gatunków. Dauriac: Leczenie chirurgiczne duru brzusznego.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 29. Krause: Niebezpieczeństwo zakażenia tężcowego przy podskórnem stosowaniu żelatyny w celach leczniczych i sposób zapobiegania temu powikłaniu. Glaessner: Miejscowe rozpoznanie guzów żołądka. Neisser i Friedemann: O wytwarzaniu się amboceptorów w surowicy ludzkiej. Reckzech: O niedokrewności złośliwej. Sturmann: Leczenie otoku ropnego w jamie Highmora.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 29. Ostmann: Znaczenie obciążenia gruźliczego dla powstawania chorób usznych u dzieci. Pfaundler: O obniżeniu odruchu kolanowego, jako nieuwzględnionym do tej pory objawie chorobowym dławcowego zapalenia płuc u dzieci. Reach: Przyczynek do nauki o przemianie materyi w dnie. Strauss: Badanie fizyologiczne i patologiczne czynności moczowodów i nerek, ze szczególnem uwzględnieniem czynności rozpuszczającej nerek po spożyciu płynów. Stegmann: Ostre krwotoczne zapalenie mózgu. Hennig: Śluzak jajnika. Hager: O swoistem leczeniu gruźlicy (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 30. Alt: O zaburzeniach słuchu muzykalnego. Schlesinger: O niektórych przyczynowych warunkach dla powstania cukrzycy pokarmowej. Oppenheim: Przyczynek do sprawy wytwarzania się barwika z tyrozyny. Duffek: Motylica wątrobowa (distomum hepaticum) u ludzi.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 30. Bonnet: Dalsze uwagi nad odżywianiem płodu (embryotrophia). Hilbert: Przypadek zapalenia otrzewnej z przebicia z rzadkiej przyczyny i z niezwykłym przebiegiem. Eschenhagen: Przypadek wytworzenia się przetoki między drogami żółciowemi a oskrzelem. Kuhn: Technika intubacyj przy operacyach w okolicy szyi. Weissbein: Przyczynek do sprawy sztucznego żywienia osesków ze szczególnem uwzględnieniem cukru odżywczego Soxhleta.

Redakcya otrzymała. Hofmeier: Die Grundsätze der modernen Behandlung der Fibromyome des Uterus. Riedinger: Die ambulatorische Behandlung der Beinbrüche.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.